NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA — KOCBOROWO — KOŚCIAN — LUBLINIEC
OWIŃSKA — RYBNIK — ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK IX. DZIEKANKA ROK IX.

1932

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO - DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

CZCIONKAMI DRUKARNI K. PIECHOCKIEGO w GNIEŹNIE

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

DZIEKANKA

ROK IX. 1932 KWARTAŁ I-II.

PRACE ORYGINALNE.

Krajowy Zakł. Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Międzynarodowy Kongres Neurologów w Bernie szwajcarskim.

(31. sierpnia — 4. września 1931 r.)

Skreślił AL. PIOTROWSKI.

W dniu 26. sierpnia r. b. wyjechałem do Berna szwajcarskiego na Kongres Międzynarodowy Neurologów, który się odbył w dniach od 31 sierpnia do 4. września b. r. Po drodze zwiedziłem Międzynarodową wystawę Higjeny w Dreźnie. W dniu mego przybycia do Berna szwajcarskiego odbywał się tam właśnie Zjazd psychjatrów szwajcarskich. Jako członek Międzynarodowego Kongresu Neurologów miałem zaproszenie na posiedzenia Zjazdu, z czego skwapliwie skorzystałem. Program obrad był urozmaicony, aktualny i zajmujący. Były obszernie i wszechstronnie omawiane tematy z psychologji i kliniki toksykomanów oraz kryminalnych psychopatów. Ciekawe były referaty traktujące o leczeniu toksykomanów, m. i. referat o leczeniu insuliną chorych znajdujących się w stanie delirium tremens, jakoteż referat o objawach różniczkowo - rozpoznawczych tegoż cierpienia. W dyskusji na temat o kryminalnych psychopatach naprzód wysunął się postulat ogólnie uznany, aby urządzono osobne psychjatryczne polikliniki dla podsądnych i więźniów oraz osobne oddziały dla psychopatów w zakładach psychjatrycznych.

W związku z Kongresem była otwarta Pierwsza Szwajcarska Wystawa Hygjeny, w której grupa VIII c, przedstawiająca obecny stan hygjeny psychicznej, a w szczególności hygjenę dziecka, wywołała duże zainteresowanie.

Międzynarodowy Kongres Neurologów rozpoczął się w poniedziałek, dnia 31. sierpnia rano o godz. 9-tej inauguracyjnem posiedzeniem w Kasynie Miejskiem w obecności ca. 800 uczestników, przedstawicieli 40 państw. Obecni byli także Prezydent Kantonu berneńskiego oraz przedstawiciele miasta i uniwersytetu. Kongres rozpoczął się mową powitalną prezydenta państwa, Dra Motta, który zwrócił się specjalnie do przedstawicieli amerykańskiego Tow. Neurologicznego jako inicjatorów zwołania Kongresu. Następnie przemawiali przedstawiciele Uniwersytetu. Rektor Berneńskiej Wszechnicy prof. Asher skierował słowa powitalne w stronę 82 letniego prof. Pawłowa z Leningradu, a prof. Cushingerowi z Bostonu i Sheringtonowi z Oxfordu wręczył honorowe dyplomy doktorskie Uniwersytetu Berneńskiego. Dziekan wydziału 'lekarskiego Uniwersytetu prof. Wegelin wspomniał o profesorach berneńskich, którzy się zasłużyli około rozwoju neurologji. Prof. Naville z Genewy, prezes Szwajcarskiego Tow. Neurologów, wygłosił referat o rozwoju neurologji, a prof. Bing z Bazyleji podkreślił uczucie wdzięczności, jaką ma dzisiejsza generacja neurologów dla swoich nauczycieli i poprzedników i wskazał na obowiązki, jakie stąd dla neurologów wynikają. Po tych przemówieniach wstępnych przewodnictwo Kongresu objął prof. Sachs, prezes Amer. Tow. Neurol. w New Yorku, a prof. Nonne z Hamburga rozpoczął część naukową Kongresu prelekcją o metodach djagnostyki i terapji nowotworów mózgu. Od tej chwili następował referat po referacie. Zainteresowanie uczestników dla omawianych tematów było ożywione, choćby już ze względu na okoliczność, że przemawiali uczeni z całego świata. Mowy były wygłaszane po francusku, angielsku, niemiecku i włosku. Licznie rozstawione głośniki ułatwiały słuchaczom percepcję wypowiadanych mów i w najdalszym kącie sali zupełnie wyraźnie słyszano każde słowo prelegentów. Obrazy świetlne w pierwszorzędnem technicznicznem wykonaniu przedstawiały w jasnych barwach oczom to, co uszy słyszały. Między posiedzeniami, ale także każdego czasu uczestnicy Kongresu mieli sposobność zwiedzić specjalnie dla tych

celów w salach sąsiednich urządzoną wystawę najnowszych aparatów elektro-medycznych, przeznaczonych dla djagnostyki i terapji neurologicznej, skonstruowanych i wykonanych bardzo pomysłowo i praktycznie.

Wykłady odbywały się dopołudnia i popołudniu. Na pierwsze miejsce wysunęła się kwestja nowotworów mózgu, poruszona już na odczycie inauguracyjnym prof. Nonnego. Sprawa ta była wszechstronnie omawiana z punktu widzenia klinicznego, anatomicznego i terapeutycznego. Każdy mówca zajął się specjalnym odcinkiem mózgu. Szczególne zainteresowanie słuchaczów wywołały wywody prelegentów o różnopostaciowych zaburzeniach neurologicznych i psychicznych, powodowanych nowotworami mózgu, jakoteż wykłady o znaczeniu nakłucia mózgowego dla rozpoznania nowotworów mózgu. Podkreślano też znaczenie djagnostyczne radjologji mózgu i badania płynu mózgo-rdzeniowego.

W terapji nowotworów mózgu pierwsze miejsce zajmuje leczenie chirurgiczne. Mówcy wskazywali na komplikacje i niespodzianki oraz niebezpieczeństwa dla życia chorego pojawiające się w następstwie operacji. Trzy referaty były poświęcone tematom o znaczeniu radjologji.

Duże zainteresowanie wywołała także kwestja napięcia mięśniowego. Mozolne, długie studja, obserwacje i badania kliniczne, eksperymentalne, farmakodynamiczne i patologiczne złożyły się na barwny obraz przedstawiony przez prelegentów. Mówcy wskazywali na związek, jaki istnieje między napięciem mięśniowem, a niektóremi drogami anatomicznemi i omawiali szczegół ustosunkowania się systemu statycznego i kinetycznego do napięcia mięśniowego. Poruszony temat jest obecnie aktualny ze względu na fakt, że w ostatnich latach zainteresowanie klinicystów zwróciło się w stronę zespołu parkinsonicznego, w krórym zaburzenia napięcia mięśniowego odgrywają wybitną rolę.

Względnie dużo czasu poświęcono zagadnieniu chorób zapalnych centralnego systemu nerwowego. Rozszerzyła się wiedza nasza o posuwaniu się toksyn i zarodków chorobotwórczych, wywołujących stany zapalne w nerwach, wzdłuż nerwów, przyczem występuje wyraźnie charakter elektywny toksyn w ich stosunku do niektórych ośrodków nerwowych. Wywód chorób infekcyjnych systemu nerwowego został tem

samem wyświetlony. Natomiast nie zostało dostatecznie wyświetlone zagadnienie, dlaczego i w jaki sposób różne infekcje neurotropowe się pojawiają. Znaczną rolę w obradach Kongresu odgrywała kwestja urazu w odnoszeniu do systemu nerwowego, mianowicie rozpoznawanie i leczenie zespołów chorobowych, powstałych w następstwie urazów głowy. Studja kliniczne, anatomo-patologiczne, eksperymentalne i doświadczenia terapeutyczne dają w tym względzie cenne wskazówki. Nie pominięto ważnego momentu występującego w orzecznictwie wtedy, gdy chodzi o stwierdzenie ew. związku przyczynowego między urazem a chorobą nerwową; wykazano trudności, jakie się mogą pojawić z tego tytułu. To też omawiano wszelkie możliwości uszkodzenia systemu nerwowego wskutek urazu. W szczególności omawiano też objawy neurologiczne spowodowane prądem elektrycznym. Orzecznictwo natrafia na trudności w przypadkach zachorzenia rdzenia wskutek porażenia prądem, ponieważ nie mamy dostatecznych wiadomości o zmianach anatomicznych rdzenia, wywołanych prądem. Bogaty materjał obserwacyjny w dziedzinie zachorzeń systemu nerwowego z powodu urazu dostarczyła wojna światowa. Opierając się na doświadczeniach wojennych, ustanowiono osobną formę nozologiczną, t. zw. newrozę traumatyczną. Nazwa ta dała powód do długotrwałych ożywionych dyskusyj między fachowcami choćby już ze względu na okoliczność, że wyraz „newroza“ w terminologji francuskiej oznacza zaburzenia nerwowe czysto funkcjonalne i dlatego uleczalne, w mianownictwie niemieckiem zaś termin newroza traumatyczna nie wyklucza przypadków ze zmianami organicznemi o molekularnym charakterze. Na wzmiankę zasługuje jeszcze dyskusja nad stosunkiem neurologji do wiedzy lekarskiej w ogólności, a do psychjatrji w szczególności.

Kongres był sprawnie zorganizowany. Już w niedzielę dnia 30. sierpnia r. b. od godz. 10-tej funkcjonowało biuro informacyjne, podczas trwania Kongresu dla interesentów codzień od 8. 30 do 10. 30 z wyjątkiem środy. Tam uczestnik Kongresu mógł otrzymać listy, o ile adres jego i mieszkanie nie były wyraźnie określone na przesyłce pocztowej. Każdy zgłaszający się członek Kongresu otrzymał wszelkie informacje, dotyczące Kongresu i dokumenty osobiste poświadczające członkostwo, oznakę, karty wstępu na posiedzenia naukowe, na przy-

jęcia wieczorowe, wycieczki i różne festyny, broszurki i programy, opakowane w dużej kopercie. Kto nie zgłosił się osobiście w biurze, a jego mieszkanie było znane, temu przesłano te rzeczy do hotelu. Referaty rozpoczynały się rano o 9h i popołudniu o ½ 3h i odbywały się w pierwszym dniu w Kasynie miejskiem, później w Uniwersytecie. Wpłata wynosiła 25 frs. szwajcarskich. Pozatem trzeba było płacić za bankiet w Kasynie, natomiast wszystkie inne przyjęcia i festyny były bezpłatne. Dla uczestników Kongresu wydawano osobne karty wstępu na wystawę Higjeny (Hyspa) po zniżonych cenach z ważnością jednego dnia, t. z. uczestnik miał prawo w tym dniu zwiedzić wystawę kilka razy.

Hôpital Psychiatrique publ. de Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Le Congrès Neurologique International de Berne. (31. aôut — 4. septembre 1931).

Par AL. PIOTROWSKI.

L'auteur a pris part au Congrès Neurologique International de Berne. Dans son aperçu il décrit les impressions réceuillies à Berne. Il met en relief l'organisation excellente et élastique du Congrès, souligne la richesse du matériel anatomopathologique, clinique, expérimentale et thérapeutique des maladies organiques nerveuses, y présenté et donne une courte spécification des problèmes importants et des thèmes dominants discutés pendant les séances scientifiques.

Krajowy Zakł. Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Charakter w ujęciu psychologicznem i fizjologicznem.

Napisał Dr. med. Dr. phil. K. F. WIZE.

(Referat zgłoszony na XII Zjazd Psychjatrów Polskich w Białymstoku i Choroszczy w dniach 14 — 16. V. 1932 r.).

Pojęcie charakteru wprowadził do filozofji już Teofrast. W nowszych czasach rozpoczyna się nauka o charakterze z dziełem La Bruère'a: Les Caractères (1687). Pojęcie „charak-

terologji", jako osobnej nauki, wniósł do niemieckiej filozofji Bahnsen (1867). Nazwa charakterologji przyjęła się nie tylko w filozofji, ale i w psychjatrji. I tak n. p. Ch. — E. Krafft z Zurychu ogłosił w L'Hygiène Mentale pracę: „Possibillité d'une Caractérologie, basée sur la cosmobiologie" (1).

I.

Poszczególne narody nowożytne kładły w filozofji swej nacisk na odmienne strony charakteru. Francuska filozofja brała pod uwagę najbardziej psychologiczne i genologiczne podstawy. Boutroux wysunął na pierwsze miejsce uświadomienie, Renouvier osobowość, Ribot pamięć i rozwój, Comte zależność od Najwyższej Istoty. — Anglików obchodziło zagadnienie charakteru w związku z przyczynowością i z wolną wolą. Zwątpienie w możność logicznego dowodu na istnienie prawa przyczynowości doprowadziło Hume'a, jakby pod wpływem pojęcia o *idola tribus* u Bacon'a z Verulamu, do umieszczenia na pierwszym planie przyzwyczajenia. Zwątpienie w możność zdobycia prawdy pobudziło Locke'a, James'a i Pragmatystów do zadowolnienia się praktyczną doraźną tymczasowością. Inaczej u John Stuarta Milla. U niego „charakter woli" jest czynnikiem i wykładnikiem zjawisk. — Filozofja włoska zasłynęła nauką o charakterze nienormalnym, ponad i pod przeciętnym poziomem. Przyczynił się do tego Lombroso. — Niemiecka filozofja pod wpływem Kanta, rozróżniająca empiryczny charakter od rozumowego (intelligibel), dającego rozumowemu charakterowi pierwszeństwo i wysuwającego kategoryczny nakaz, zadowolniła się formalną stroną zagadnienia, nie doszukując się treści, pozostawiając ją jakoby do rozstrzygnięcia „królewsko-pruskiemu prawu krajowemu" (2), pod którego naciskiem sam Kant był zniewolony wyrzec się raz na zawsze pisania o religji. Uwalniając się od takiego stanowiska formalistycznoracjonalistycznego, zależnego jakoby tylko od prawidła Pitagorasa (3), niektórzy filozofowie po Kancie wzbijali się razem z Heglem w sferę nadzjawiskową „ducha przedmiotowego", albo zwracali uwagę pod wpływem nauk ewolucyjnych szczególnie Spencera i Ribot'a na genologję charakteru. Czynią to zarówno E. v. Hartmann, jak i Wundt i Dürr. — Szwecka filozofja podkreśla za przewodem Bostroema hiperfenomenalizm organizmów duchowych, których duch ludzki jest tylko cząstką, a charakter ważnym czynnikiem. — Duńska filozofja z przedstawicielami swymi

Hoeffdingiem i Kierkegaardem, podciąga skokowość w zakres charakteru. — Norweska filozofja poety Ibsena wysuwa charakter jednostki na miejsce naczelne, jakby w przeciwieństwie do „imperjalistycznie" nastrojonej duszy szwedzkiej czuła potrzebę manifestowania i tu odrębności narodowej Norwegów. — Polska filozofja za przyczyną myślicieli takich, jak Libelt, Kremer, Supiński, Lutosławski, W. M. Kozłowski i J. K. Kochanowski, zajmuje się fenologją charakteru na tle hiperfenomenalnych dążności genologicznie i ekologicznie utwierdzonych. U Lutosławskiego zaostrza się to stanowisko pod wpływem kultu Juljusza Słowackiego w dwu kierunkach, mistycyzmu oraz skrajnego indywidualizmu, sankcjonującego nawet w zbiorowem życiu prawo do *liberum veto*. U Gołuchowskiego znamieniem charakteru i usposobienia, jego pubudką, jest „głód życia", o czem pisze w „Filozofji w stosunku do życia całych ludów i pojedyńczych ludzi".

Mówiąc o filozoficznem ujęciu charakteru u różnych narodów, stwierdzam tylko zjawisko, nie pragnąc uzależnić dalszego rozwoju nauki o charakterze od łączności z kierunkami filozofij narodowych. Nie czynił tego w rzeczy samej i filozof i psychjatra niemiecki, Jaspers, w stosunku do psychjatrji, chociaż mówi o „niemieckiej" psychjatrji, uwzględniając obok niej także i psychjatrję „francuską", w książce Allgemeine Psychopathologie.

II.

Nauka o charakterze, filozofja charakteru, bez względu na czyjąkolwiek narodowość, jest to nauka i filozofja o ustalonych cechach ducha, stanowiących o jego podstawowych własnościach, nadających kierunek jego sposobowi postępowania i odnoszenia się do zjawisk o pewnem tempie i nasileniu. Do tych cech, do składników duchowych charakteru człowieka należy w głównej mierze uwagą uświadomione myślenie, uczucie i wola. Trzy te władze zajmują w hierarchicznym układzie własności ducha wedle Janeta, którego cytuje z tego powodu Jaspers (4) w swojej co dopiero tu wymienionej książce, pierwsze miejsce, ponad fantazją i innemi władzami duszy. Zgadzałoby się to z tem, że w chorobach psychicznych nieraz chorzy, pozbawieni charakteru, czy może raczej posiadający słaby (5), lub zły charakter, nie zdający sobie sprawy w obrębie myśli, uczuć i woli, w normalny sposób i co do treści i co do nasilenia, odznaczają się niepowszednią fantazją, są artystami, za-

chowują zdolność do techniki, do matematyki i gier umysłowych, jak szachy.

Nauka o charakterze winna uwzględniać wszystkie trzy składniki każdego zjawiska, mając swoje źródło w tem, co należy do fenologji, genologji i ekologji.

1. Fenologja charakteru to nauka oparta na życiu doraźnem. W jej ujęciu charakter nie jest dany z góry, lecz stanowi „zadanie moralne samopoczucia", jak się wyraża Cohen (6). Charakter w tym zakresie odpowiada mniej więcej charakterowi „empirycznemu" u Kanta i Schopenhauera. W rozwoju fenologji charakteru współdziałali zarówno filozofowie, jak i medycy; pierwszymi byli tu Demokryt i Hipokrates.

Hipokrates wraz z Demokrytem zauważyli wcześnie wpływ właściwości fizycznych na temperamenty, usposobienie i charakter. Z biegiem wieków spostrzeżono nie tylko, jak Hipokrates i Demokryt, zależność od soków cielesnych, ale i n. p. łączność rozczłonkowania ciała i kończyn, w poszczególnym wypadku rąk u człowieka, z rozwojem ducha i charakteru, skierowano uwagę na misterną budowę nóg, skrzydeł i ogona, oraz na kształt dzioba u ptaków i zależne od tego właściwości charakteru i sposobu życia, na uzębienie poszczególnych grup u ssaków, tak charakterystyczne, że służy do klasyfikacji ich i odczytywania sposobu życia dla każdej grupy. W najnowszym czasie pociągnięto w to samo pole widzenia kształt czaszki, obfitość tłuszczu, siłę mięśni i ogólną konstytucję, dale wydzieliny gruczołów normalne i chorobowe, skład krwi, uzupełniając i prostując pod tym zwłaszcza względem naukę Hipokratesa drogą ściślejszego doświadczenia i stosowaniem dokładniejszych metod badania.

Pokazało się, że długogłowi, smagli, chudzi, dalekowzroczni, obdarzeni doskonale wykształconemi przewodami półkolistemi, osobniki z nadmiernem wydzielaniem tarczycy i tp. posiadają naogół charakter żywy, arystokratyczny, przedsiębiorczy, stając się dobrymi żeglarzami, podróżnikami, zdobywcami lądu i mórz, taternikami, narciarzami, geometrami, inżynierami dróg, mostów i niebotyków, wykazując przy patologicznem zboczeniu skłonność do postaci chorób schizofrenicznych i do popadnięcia w narkomanję. Krótkogłowi, krępi, zażywni, tłuści, krótkowzroczni, posiadający dobre narządy słuchowe (8) odznaczają się naogół charakterem wytrwałym, usposobie-

niem demokratycznem, powolnem, będąc ludźmi nauki, molami bibljotecznymi, „politykami gabinetu“, arytmetykami, muzykami, mistrzami sztuk i rzemiosł precyzyjnych, laborantami doświadczeń mikroskopijnych, mikrochemicznych, zasiedziałcami, przy zachorzeniu psychicznem zaś — alkoholikami i ofiarami psychozy manjakalno-depresyjnej (9). Zestawienie dwu powyższych grup wymagałoby dalszych, nieustannych badań; nie jest ono ostateczne, ani nie ujęte w system właśnie dla tegoż powodu. Nie jest niem też układ pokrewny u Kretschmera w jego książce Koerperbau und Charakter, zmieniający się, jakby na dowód tego, co powiedziałem, z każdem nowem wydaniem dzieła.

Nieco odmienne od stanowiska co dopiero omówionego zajmuje w stosunku do łączenia budowy ciała z charakterem filozof Libelt z nauką swą o wyobraźni twórczej Wielki ten polski filozof przyrody, zwolennik hipotezy ewolucjonistycznej, który już w połowie zeszłego wieku w ruchu ciałek Browna upatrywał objawów życia atomów, mniemał, że nie ciało jest pierwszem, a duch i charakter czemś pochodnem, lecz na odwrót. Duch z władzą swą wewnętrzną, przezwaną przez przyrodników przed Libeltem *nisus formativus* (10), a przejętą przez Libelta od Naegeli'ego, duch i jego charakter kształtują ciało. Idąc w kierunku nauki Libelta, rzec można, że zarówno ruchliwa mimoza, akacja, rośliny pnące się, jak i owady, ptaki, tkacze i remizy, zmyślne bobry i człowiek, homo faber (Bergson), tworzą biologiczne, subtelne rozczłonkowane swe narządy i narzędzia wedle swej dążności duchowej (11). Ociężałe zaś charakterem pasożyty zatracają różnorodność rozczłonkowania ciała razem z pozostawieniem trosk życia gospodarzom wycieńczanym nieustannem wysysaniem. Libelta i biologów dziewiętnastego i ośmnastego wieku przypomina współczesny nam filozof Bergson z hasłem odświeżonem o élan créateur, równoznacznem z dawnym nisus formativus.

2. Obok fenologji uwzględnia filozofja genologię charakteru. Nie chodzi tu o zjawiska złączone z doraźnym sposobem myślenia, odczuwania i postępowania, lecz o pierwiastki złączone z rozwojem charakteru u gatunku. Genologiczne znamiona tkwią w pojęciu charakteru „rozumowego“ (intelligibel) u Kanta i charakteru kierującego się poza czasem niepodzielnie i niezmiennie, a określonemu w ten sposób przez Scho-

penhauera. Nad ujęciem cech charakteru w myśl Kanta i Schopenhauera nie należy przechodzić do porządku dziennego na sposób Windelbanda, dla którego charakter empiryczny i rozumowy polegać ma tylko na dwu rodzajach ujęcia zagadnienia (12). Pierwiastki genologiczne są na ogół stałe, o ile dany gatunek nie znajduje się w stanie mniej lub więcej wybuchowo objawiającej się mutacji. Stały i niezmienny jest n. p. charakter owadu. Rodzaj, *genos*, panuje tu prawie nad zjawiskiem doraźnem, nad fenomenem niepodzielnie. Istnieje u owadów stereotypja czynności, zależna od pamięci przez rodziców na potomstwo przekazywanej, od hiperfenomenalnej mneme, od pamięci rodzaju, od nieudzielanej na drodze nauczania i wychowywania wiecznie niezmiennej tradycji, tkwiącej w organiźmie samym. Owad wykształcony i liszka orjentują się od razu, w nieomylny sposób w zadaniach swojego przyrodzonego usposobienia i charakteru. Na przeciwnym biegunie znajduje się pod względem genologji charakteru człowiek. Przytem ustalenie charakteru najpóźniej następuje u ludzi genjalnych, później u Europejczyków, aniżeli u czarnych mieszkańców Afryki, u mężczyzn, niźli u kobiet, u ludzi, niż u słoniów i t. d.

Mając genologję na oku, a więc i genologję charakteru, trzeba żądać większego zwracania uwagi na eugenikę ducha, nie dbać jedynie o eugenikę ciała. Ktoby kierował się wyłącznie względami zdrowia cielesnego, ten mógłby był żądać od Euzebjusza Słowackiego, ojca Juljusza, wstrzymania się od ożenku, ponieważ był gruźlikiem. Ale i zbytnie wtrącanie się w eugenikę duchową mogłoby było stawić przeszkodę narodzinom Beethovena ze względu na to, że ojciec jego był alkoholikiem. Jan Danysz (13) ma zapewne słuszność, pisząc, że ludzkość nie będzie nigdy mogła rozwijać się w kierunku dowolnie obranym na drodze „do największego szczęścia największej liczby".

3. O trzecim kierunku, dzięki któremu kształtuje się charakter, stanowi wpływ otoczenia. Naukę o wpływie otoczenia na charakter nazywa filozofja ekologją charakteru. Do ekologji charakteru w najszerszem zakresie należy kosmobiologja charakteru, a więc i rozważania, jakie poczynił Krafft w rozprawie. *„Possibilité d'une Caractérologie basée sur la Cosmobiologie"* (14). Nie jest to żadna astrologja, przynajmniej nie potrzeba tu się uciekać do astrologicznego zestawienia planet i gwiazd,

aby uznać wpływy kosmiczne na charakter i losy ludzkie, wywołane porami roku, przebiegiem doby, przypływem i odpływem wód oceanowych, działaniem zmian księżyca, zmianami położenia osi ziemskiej w ciągu roku słonecznego, albo w przebiegu platońskich lat z przemianami klimatu w różnych strefach ziemi, dającemi się stwierdzić na podstawie wykopalisk.

Ciaśniejszą od ekologji kosmicznej jest ekologja globowa, współżycie z globem, dalej współżycie z istotami biologicznie pokrewnemi, do celów gatunku przydatnemi a mającemi wpływ na charakter. Należy tu hodowla zwierząt i roślin, nie tylko u ludzi, ale i u zwierzęt i roślin. Palma Yukka hoduje pod pewnym względem mola, potrzebnego jej do zapłodnienia, inne kwiaty hodują jakoby pewne gatunki zmierzchników i kolibrów i t. p. Botanicy liczą się z charakterem skupień roślinnych w lasach, prerjach, polach, planchtonach, geochtonach. Biolodzy, etnolodzy rozróżniają charakter zwierząt krwiożerczych, mrowisk, ulów, ludów koczowniczych, ludów hodujących zwierzęta, uprawiających rolę, przemysł, żeglujących po dalekich morzach. Kant charakteryzuje narody ekologicznie w swej Antropologji sposobem spostrzeżeń „ptaka strusia“. Kant bowiem nie wyruszał się prawie z Królewca; podobno, jak wieść głosi, morza nawet nie oglądał, chociaż szumiało tak nie daleko wcale. Wielki filozof pisze o Anglikach, że dla skrócenia czasu i pozbycia nudów wieszają się (15). O ludach słowiańskich wyrokuje: „Ponieważ Rosja, która jeszcze nie jest tem, co do określenia pojęcia o przyrodzonem usposobieniu (Begriff der natürlichen Anlagen), przygotowanem dla rozwoju, należy, Polska natomiast tem już nie jest, ludy europejskie Turcji zaś tem nie były nigdy, ani nigdy nie będą, co do zdobycia charakteru narodowego, należy, można słusznie rysunek ich tutaj ominąć“ (16).

Osobny krąg ekologiczny wpływający na charakter ma na uwadze socjologja. Charakter socjalny wyrabiają w sobie już komórki istot wielokomórkowych, metazoów, dalej polipy tworzące zespoły z przyjmowaniem zadań życiowych przez pojedyńcze jednostki u wspólnego pnia, wykluczające już tu, u niektórych takich jednostek, wszelką *libido* na korzyść dążeń z płcią nie mających nic wspólnego.

Najciaśniejszym pierwiastkiem ekologicznym jest związek płciowy, rodzicielski i rodzinny z towarzyszącemi im uczuciami

nie tylko płciowemi, ale i rodzicielskiemi i rodzinnemi. Freud i jego zwolennicy podkreślają w psychjatrji i w życiu ludzi normalnych w sposób jednostronny libido. To też Jaspers (17) w ogólnej swej Psychopatologji czyni Freudowi i jego szkole, której skwapliwym wyznawcą stał się i powieściopisarz Marcel Prévost w swoim „Homme vierge“, zarzut, że pytają wprawdzie zawsze o to, co powstaje przez odsunięcie seksualności, lecz nigdy o to, co powstaje przez odsunięcie duchowości, do czego od siebie dodamy odsunięcie tychże podkreślonych powyżej uczuć i sprężyn charakteru rodzinnych i rodzicielskich Związek płciowy kształtuje się na podstawie przeciwieństw między kobietą a mężczyzną. Kant mówi o „żeńskim rodzaju", że charakteryzują go dwie cechy („zwei Stücke“), chęć panowania i chęć użycia. „Kobieta“, wedle Kanta, chce rządzić, mężczyna być rządzonym (szczególnie przed ożenkiem). Stąd wedle niego galanterja dawnego rycerstwa (18).

* * *

Na podstawie naszych rozważań o charakterze przekonywamy się, że pełne ukształtowanie dodatniego charakteru a więc charakteru, jako wzoru dla naszego postępowania, godnego wskazywania go drugim, powinno iść po linji herojów ludzkości, zgodnej z naukami Comte'a o dążeniach dostosowanych do nakazów Najwyższej Istoty, z Heglem i jego nauką o zależności naszej od „ducha przedmiotowego“, z Kremerem i jego żądaniem życia w jedności z przyrodą, z Emilem Boutroux i jego pragnieniem zjednoczenia się w ogólnej miłości. Hasło Egiptu o człowieku wyższym, godnym miana *piromis*, grecka *kalokagatja*, rzymska *gravitas*, nie zawsze dorastają do tego wzoru, jako mające za nadto własną osobę na oku z wynoszeniem się ponad otoczenie. Odczepieńcem wobec kultu, nadzjawiskowości, władnącej nie tylko nad człowiekiem, ale i nad innemi istotami, jest wszelki wybujały personalizm, a więc i ten, który kazał Goethemu, „wielkiemu poganinowi“, jak go nazywano, powiedzieć, że nie ma ludzkości, że są tylko ludzie. Odczepieństwo Goethego licuje co prawda może ze stanowiskiem zwolenników wojny narodów, lecz najmniej z ideą wieczystego pokoju i ogólnego zbratania. Wzór przyszłości, wzór charakteru dodatniego, feno- geno- i ekologicznie umocnionego nie będzie się także stosował jedynie do przepisu Baloga w rozprawie Regularität und Liga (19), że należy posłusz-

nym być nakazowi etycznemu, jakoby go był ustanowił boski prawodawca, przed którego sądem odpowiadać się będzie za swoje czyny. Człowiek z charakterem, godnym jego samego, czynić będzie dobro dla dobra, bez względu na karę, czy nagrodę (20).

Literatura i dopiski.

1) *L'Hygiène Mentale* Nr. 10, Décembre 1931, p. 259.
2) *Heine.* Briefe aus Berlin. Brief 2.
3) *Op. cit.*
4) *Jaspers.* Allgemeine Psychopathologie, 3 wyd. 321, Berlin 1923.
5) *Al. Piotrowski.* Leczenie zakładowe alkoholików, p. 60, Nowiny Psychjatryczne VII 1930.
6) *Cohen.* Ethik des reinen Willens p. 597, 1904.
7) *Doc. Dr. J. Mydlarski.* Charakterystyka narciarzy. Przegląd sportowo-lekarski. Rok III, str. 173, Warszawa 1931.
8) Poczucie słuchowe w organiźmie pierwotnie obdarzonym doskonałemi narzędziami słuchu może trwać mimo utraty władzy „słyszenia", jak to się stało u Beethovena.
9) *Kretschmer.* Koerperbau und Charakter. L. Forel Les toxicomanies. Considérations psychologiques 89, Année p. 362, i n.
10) Za ojca pojęcia *nisus formativus* uchodzi Blumenbach, profesor medycyny i przyrody, anatom i historyk medycyny, autor dzieła: Ueber den Bildungsstrieb und das Zeugungsgeschaeft. Pierwsze wydanie 1781, drugie 1791.
11) Pokrewne stanowisko do Libelta zajmuje psychjatra polski Radziwiłłowicz w wykładzie „Drogi i Bezdroża Psychjatrji Spółczesnej". Nowiny Psychjatryczne rok IV, 1927, p. 10.
12) *Windelband.* Ueber Willensfreiheit 1904, p. 200 i. n.
13) *J. Danysz.* Geneza energji psychicznej. Lwów. Warszawa 1923.
14) *L'Hygiène Mentale* Nr. 10, Décembre 1931, p. 359, p. 541, 245.
15) *Kant.* Anthropologie § 59.
16) *Kant* op. cit. Der Charakter des Volks.
17) *Jaspers* op. cit. 329.

18) *Kant* op. cit. II. B.
19) *Balog*. Regularität u. Liga. Wiener Freimaurer Zeitung Nr. 2, Februar 1930, 12 Jahrg.
20) *H. Heine*. Italien, Cap. IX.

Hôpital Psychiatrique publ. de Dziekanka. Dir. Dr med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Le caractère au point de vue psychologique et physiologique.

p. K. WIZE.

Après avoir décrit l'évolution de la caractérologie dans la philosophie, l'auteur donne une définition du caractère.

La caractérologie doit envisager trois aspects, un phénologique, un génologique et un „écologique".

La phénologie du caratère constate une corrélation entre le caractère et la constitution du corps. La génologie du caractère démontre l'influence du genre sur le caractère. L'écologie du caractère confronte le caractère avec la vie cosmique, sociologique, nationale et familiale.

Le but digne de l'homme de caractère n'est pas l'acquisition d'une recompense pour un bienfait ou l'évitation de la peine, mais faire le bien pour le bien.

Krajowy Zakł. Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Spostrzeżenia nad wpływem audycyj radjowych na chorych psychicznie.

Podała Dr. STEJKOWSKA.

Wpływ muzyki na chorych, w szczególności na chorych nerwowo znany jest od istnienia ludzkości. Apollo był jednocześnie bogiem muzyki i sztuki lekarskiej. W papyrusach z 2500 lat przed Chrystusem znajdujemy pieśni na leczenie różnych chorób. W średniowieczu zapomocą muzyki leczono choroby zakaźne i stany manjakalne.

Od r. 1878 badano w Anglji, Rosji i Niemczech wpływ muzyki na psychicznie chorych. W nowoczesnej terapji psychicznie chorych na plan pierwszy wysuwa się praca dla chorych i rozrywki. Z pośród licznych i różnorodnych rozrywek,

dostarczonych chorym w Dziekance, najszersze zainteresowanie wzbudzały koncerty orkiestry zakładowej, połączone zabawami tanecznemi oraz radjowieczory, urządzane w kasynie lekarskiem dla pensjonarzy zakładu. Te spostrzeżenia skłoniły dyrekcję do zainstalowania odbiornika i głośników radjowych w poszczególnych pawilonach celem dostarczania chorym stałych audycyj radjowych. Oprócz aparatu radjowego w kasynie zainstalowano 5-cio lampowy aparat na oddziele VII dla kobiet, a głośniki rozmieszczono na oddziałach dla kobiet na których pacjentki przebywają w ciągu całego dnia, mianowicie: w pawilonie III, w którym zajęte są chore koronkarstwem i robotami ręcznemi, w pawilonie dla niedołężnych cieleśnie (IV), na oddziale chorób wewnętrznych (VII) i na oddziale dla niespokojnych chorych (VI).

Czy można było zauważyć odrębny wpływ audycyj radjowych na poszczególne jednostki chorobowe? — nie. Wpływ muzyki zależny jest przedewszystkiem od nastroju i inteligencji chorych. Tak n. p. u bardzo podnieconych chorych wszelkie audycje przechodzą bez echa lub działają wręcz szkodliwie; chore podniecają się jeszcze bardziej, starają się przekrzyczeć głośnik i rzucają różnemi przedmiotami, chcąc zburzyć niepożądanego mówcę. Zdawałoby się wobec tego, że audycje radjowe na pawilonie dla chorych niespokojnych (VI) są niemożliwe. Tak jednak nie jest. Znane jest oddziaływanie wzajemne stanu psychicznego chorych Kilku podnieconych może wzburzyć innych do tego stopnia, że większość staje się niespokojna, hałaśliwa.

Na oddziale VI odczuwa się różny nastrój ogólny w poszczególnych dniach, zależny od wpływu niektórych jednostek, od pogody, od ciśnienia atmosferycznego, od pomieszczenia i innych czynników. Są więc dni, kiedy większość chorych jest podniecona, wtedy radjo podniеca pacjentki jeszcze bardziej, tak że spokojniejsze nawet chore nie mogą, z powodu krzyków, usłyszeć muzyki. Są jednak dni spokojniejsze, kiedy chore chętnie słuchają muzyki, a poszczególne chore, przeszkadzające innym, umieszcza się w sali bez głośnika. Chore miernie ożywione, n. p. chore ze stanami manjakalnemi, oligofreniczki eretyczne, nieraz epileptyczki uspakajają się po wesołej muzyce; w tańcu i śpiewie na drodze naturalnej dają upust swej nadmiernej ruchliwości. Chore bardzo przygnębione również mu-

zyki nie znoszą; wolą one spokój i uciekają przed wszelkiemi wrażeniami zewnętrznemi. Niektóre przygnębione chore przyzwyczajały się do muzyki spokojnej i pieśni, natomiast nie chciały słuchać melodyj skocznych, ani audycyj mówionych Najbardziej interesują się radjem różnego rodzaju chore nieotępiałe na pawilonie III przy pracy i na pawilonie VII, na którym często leżą chore niespokojne, niecierpliwią się bez zwykłego zajęcia i podnoszą się z łóżka; audycja radjowa zaciekawia je i bez oporu leżą, często przyśpiewując sobie znane melodje. Zauważono dobrą pamięć muzyczną u schizofreniczek. a nawet niektóre pacjentki z porażeniem postępującem ze znacznem otępieniem i zaburzeniami mowy często śpiewają znane im melodje. Nie zauważono nowych halucynacyj słuchowych ani urojeń w związku z zainstalowaniem radja z powodu których trzebaby było przenieść pacjentki na inny oddział. Przeważna ilość imbecylów i chorych otępiałych wogóle nie zwraca uwagi na muzykę. Co do rodzaju audycji, to naogół pacjentki proszą o muzykę lekką, taneczną. Poważna muzyka interesuje tylko wyjątkowo niektóre inteligentne i muzycznie wykształcone chore. Z audycyj mówionych wiele pacjentek słucha chętnie bajek dla dzieci, tylko dwie psychopatki interesują się komunikatami aktualnemi. Są to chore, tęskniące za otoczeniem ludzi normalnych, a nie nadające się jeszcze do zwolnienia. Te „głosy ze świata“ jednak nie wzmagają tęsknoty za wolnością, przeciwnie łagodzą ją. Ponieważ naogół stwierdzono korzystny wpływ radja na chorych psychicznie, Dyrekcja w najbliższej przyszłości zaopatrzy i resztę pawilonów w podobne urządzenia.

Hôpital Psychiatrique publ. de Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

L'influence des productions radiophoniques sur les aliénés.

Par D.-STEJKOWSKA.

L'auteur constate, que l'influence des productions radiophoniques sur les aliénés est en général bienfaisante. Les malades aiment mieux la musique légère.

Ils s'amusent, chantent et dansent d'après les mélodies venant d'appareil radiophonique. Mais il y a de nombreuses

exceptions. Chez les malades très agités — des cas graves de manie et mélancolie — l'agitation d'une part et la dépression d'autre s'augmente.

Krajowy Zakł. Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI

Kilka uwag o zastosowaniu Gardenalu, Gardenal — Natrium i Somnifenu w leczeniu epilepsji.

Podał: Dr. W. GORZKOWSKI.

W literaturze spotyka się bardzo dużo artykułów o leczeniu epilepsji luminalem i luminal-natrium, natomiast nie wiele się czyta o polskich preparatach gardenalu i gardenal-natrium. A przecież i w jednym i drugim substancją działającą jest ten sam fenylo-etylo-malonylomocznik. W Dziekance głównie używaliśmy luminalu i to skłoniło mnie do badań nad skutecznością działania gardenalu i gardenal-natrium, oraz do prób porównawczych w stosunku do luminalu i luminal-natrium. Gardenal stosowano w ciągu roku w dwudziestukilku przypadkach w dawkach 0,1 lub 0,15, wyjątkowo 0,2 pro die. Wyniki otrzymane były dobre, wszędzie wystąpiło zmniejszenie ilościowe i jakościowe napadów. W przypadkach lżejszych (od kilku do kilkunastu napadów w miesiącu bez leczenia), napady wogóle się nie pojawiły już po podaniu 0,10—0,15 gardenalu (2 lub 3 razy dziennie po 0,05), w cięższych ilość napadów uległa zmniejszeniu do 60—80 proc., przyczem pozostałe napady były prawie wszystkie lekkie (dawki gardenalu około 0,2 pro die). Stany zamroczeń z podnieceniami występowały tylko wyjątkowo. Ujemną własnością gardenalu, podobnie jak i luminalu, są jego własności nasenne, wskutek czego pacjenci są senni, śpią po kątach, niechętnie dają się nakłonić do pracy. Oczywiście odnosi się to tylko do chorych przyjmujących duże dawki gardenalu (powyżej 0,2 dziennie). W mniejszych dawkach senność nie jest tak duża i chorzy zajmują się swoją pracą. Co do sposobu dawkowania, to zwykle podaję raz, lub dwa razy dziennie po pół pastylki gardenalu (0,05), w cięższych 3 razy po 0,05, gdyż stwierdziłem, że ten sposób podawania najmniej wpływa na senność pacjentów, natomiast już 0,1 gardenalu podane jednorazowo u wrażliwszych chorych wywołuje senność.

W najcięższych przypadkach stosuję rano i w południe po 0,05, a wieczorem po 0,10 gardenalu. Dawkę wieczorową zwiększam dlatego, że 1) większość pacjentów ma napady w nocy i 2) że gardenal działa tu jako środek nasenny, często potrzebny dla epileptyków, którzy w dość znacznym procencie źle sypiają. Podawanie wyższych dawek w celu doprowadzenia do stanu beznapadowego uważałem za niepotrzebne, gdyż pozostałe napady były przeważnie lekkie i pozwalały pacjentowi zajmować się pracą.

Gardenal-natrium jest to sól sodowa fenyloetylomalonylomocznika. W przeciwieństwie do gardenalu jest ono rozpuszczalne w wodzie, i może być wstrzykiwane podskórnie i dożylnie. Używa się go jako leku przeciwbólowego, uspakajającego, nasennego i przeciwpadaczkowego. W celu stwierdzenia jego działania antiepileptycznego stosowałem ten preparat w 5 ciu przypadkach epilepsji, (u 4 epileptyczek i 1 epileptyka). Ilość napadów przed rozpoczęciem kuracji u poszczególnych chorych była różna, wahała się w granicach od 6 do 140 w miesiącu. U wszystkich epileptyczek napady były przeważnie ciężkie, trwały długo (2—3 minuty), po napadach długie stany nieprzytomności, później ciężkie stany zamroczeń z podnieceniami. W 4-ch przypadkach napady wystąpiły po raz pierwszy w dzieciństwie, w 1-ym w 25 r. życia, po operacji ręki. Zastrzyki stosowałem podskórnie i dożylnie w ilości zmiennej, zależnie od przypadku. W lżejszych po 2 zastrzyki tygodniowo, w cięższych co 2 dzień, w najcięższych codziennie po 0.2 gardenal-natrium. Ogółem leczeni pacjenci otrzymali 84 zastrzyki. Zastrzyki te nie wywołują żadnego odczynu miejscowego, ani bolesności. W 2-ch lżejszych przypadkach napady w czasie stosowania gardenal-natrium wcale się nie pojawiły.

W 3-ch innych wystąpiło znaczne zmniejszenie nietylko ilościowe, ale także, i to przedewszystkiem, jakościowe napadów. Jak wspomniałem, napady u tych 3-ch pacjentek, mimo podawania około 3 gr. bromu dziennie, były bardzo ciężkie. Pacjentki były bardzo często zamroczone, zaczepliwe, niezdolne do żadnej pracy i wymagające stałej opieki ze strony pielęgniarek. Pod wpływem kuracji gardenal-natrium uspokoiły się, zajęły się pracą, stały się znów pożytecznemi. Jak odczuwały to same pacjentki, świadczy o tem list chorej S. W. do rodziny, w którym pisze: „po tych zastrzykach Bogu dzięki mi się lepiej zrobiło, że teraz nie upadam

na ziemię i języka sobie nie kaleczę, a i moja głowa klarowna jest, że się nawet słabą nie czuję i takie straszne krzyczenie jak dawniej, mi się nie trafia. Te straszne wrażenia, które mi dawniej zawsze przed oczyma stały, teraz nie widzę, a wasza głupia Niemra, która myślała, że jedną nogą już w grobie leży, człowiekiem się znów staje". A przecież ilość napadów u tej pacjentki niewiele się zmniejszyła, bo z 18—20 w poprzednich miesiącach spadła do 13. Napady te jednak były lekkie, niekiedy trwały 5—10 sekund, czasem zupełnie bez drgawek, stanów nieprzytomności nie było wcale, chora bezpośrednio po napadzie wracała do swego zajęcia. Psychicznie wystąpiła poprawa, pacjentka grzeczna, spokojna. Chorą przestały dręczyć hallucynacje wzrokowe i stąd radość, którą wyraża w przytoczonym liście.

U najcięższej epileptyczki N. M. wystąpiło obniżenie napadów nietylko jakościowe, ale także ilościowe. U pacjentki tej nawet w okresie leczenia bromem, ilość napadów miesięcznie wahała się w granicach od 100—150. W czasie kuracji gardenal-natrium (0,2 dziennie), a więc w ciągu 2 miesięcy i 10 dni, miała tylko 50 napadów, czyli około 60 napadów w miesiącu. Jakościowo. prawie wszystkie napady były lekkie, (z wyjątkiem trzech), bez okresów nieprzytomności, i zamroczeń. Pacjentka przedtem prawie stale zamroczona przez czas kuracji zajmowała się szyciem.

Różnicy w działaniu zastrzyków gardenal-natrium stosowanych dożylnie, lub podskórnie, nie stwierdziłem.

Niezależnie od tych własności przeciwpadaczkowych, ma gardenal-natrium w przeciwieństwie do gardenalu, wielką zaletę a mianowicie nie ma tak silnego jak gardenal działania nasennego W czasie stosowania kuracji gardenal-natrium nie zauważyłem, by chore były senne, przeciwnie były żwawe, rześkie, chętnie pracowały, a przecież u pacjentki M. N. stosowałem okresowo w ciągu 4-ch dni po 0,4 gardenal-natrium dziennie, a ta była tylko lekko senna i cały dzień zajmowała sie szyciem i cerowaniem. Tymczasem już po 0,2 gardenalu dziennie, chore są śpiące, niechętnie zajmują się pracą.

Niezależnie od gardenalu i gardenal-natrium, stosowałem luminal i luminal-natrium i stwierdziłem, że leki te działają równie dobrze. W przypadkach lżejszych tak gardenal i gardenal-natrium, jak i luminal i luminal-natrium wywoływały stan beznapadowy przez cały czas podawania w tych samych dawkach, w cięższych doprowadzały tylko do zmniejszenia ilościowego

i jakościowego napadów. Przewagi gardenalu nad luminalem i odwrotnie nie stwierdziłem, podobnie jak i z gardenal-natrium i luminal-natrium.

Na podstawie niniejszego da się stwierdzić, że tak gardenal jak i gardenal-natrium są dobremi lekami przeciwpadaczkowemi. Gardenal-natrium ma tę wyższość nad gardenalem, że nie wywołuje tak wielkiej senności jak ostatni, gardenal znów jest praktyczny w użyciu, bo stosuje się go doustnie, natomiast gardenal-natrium trzeba zastrzykiwać, co jest połączone z pewnemi trudnościami, szczególniej jeśli chodzi o leczenie domowe.

Pozatem stosowany w kilku przypadkach podnieconych chorych w ilości 0,4 gr. na dawkę gardenal natrium powodował uspokojenie, trwające kilka godzin; bardzo silnie podnieceni chorzy nie reagowali na ten lek, ale praktyka wykazała, że tacy chorzy nie reagują często na żaden lek, jak to widać z poniżej przytoczonego przypadku.

Prócz tego ma tak gardenal jak i gardenal natrium działanie przeciwbólowe. Zastosowane w kilkunastu przypadkach bólów głowy, zębów i bólach neuralgicznych, przyniosły pożądany skutek.

Somnifen stosowałem jako lek nasenny, uspakajający i przy przerywaniu status epilepticus. Dotychczas przy status epilepticus stosowaliśmy w Dziekance chloral-hydrat w ilości 4 gr. na dawkę per rectum. Ponieważ stosowanie tego leku w większej ilości wody, pokazało się niepraktyczne, gdyż najczęściej chory, nim lek uległ wessaniu, miał nowy napad, w czasie którego oddawał pod siebie wraz z lekarstwem, przeto wprowadziliśmy zmianę w sposobie podawania. Obecnie podajemy chloral hydrat rozpuszczony w niewielkiej ilości wody 30—40 cm. i po wlaniu do rectum, obracamy pacjenta na brzuch. W tej pozycji, oczywiście pod stałą kontrolą, chory przebywa conajmniej 20 minut. Praktyka na kilkunastu przypadkach dała wyniki dobre. Ani jeden pacjent nie oddał leku pod siebie, chociaż niektórzy w ciągu tych 20 minut mieli po jednym, a nawet więcej napadów. Wyniki lecznicze były także zadawalniające. W ostatnich dwóch latach stosowano chloral-hydrat w kilkunastu przypadkach, a zanotowano tylko 2 przypadki, w których chloral hydrat nie przerwał napadów. Z tych przypadków, jeden zakończył się śmiercią. Chodziło tu o ciężkiego epileptyka, u którego ilość napadów w ciągu ostatnich 4-ch dni przed śmiercią doszła do liczby

300-tu, w drugim po 2-ch godzinach podano jeszcze 4 gr. chloralhydratu, tym razem z pomyślnem skutkiem. W sprawozdaniu Zakładu Psychjatrycznego w Drewnicy znajduje się notatka, że somnifen jest bardzo dobrym lekiem, przy przerywaniu status epilepticus. Zalecane jest stosowanie somnifenu w ilości 2-ch ampułek dożylnie. Na skutek tego przeprowadziłem próbę z somnifenem. Somnifen jest to roztwór soli dwuetyloaminowej kwasów dwualkilobarbiturowych w wodzie, z domieszką gliceryny i alkoholu. W 1-ym $cm.^3$ somnifenu „Roche“ znajduje się 0,1 gr. kwasu dwuetylobarbiturowego i 0,1 gr. kwasu allyloizopropylobarbiturowego. Zastosowano somnifen dożylnie w ilości 2-ch ampułek naraz w 3-ch przypadkach status epilepticus — u jednego mężczyzny i dwóch kobiet. Mężczyzna S. miał 11 napadów epileptycznych, po których, był zamroczony. Przy badaniu stwierdzono tętno słabe, tony serca głuche, oddech charczący. Po zastrzyku dożylnym somnifenu napady nie pojawiły się ani tego samego dnia, ani w ciągu 3-ch dni następnych. Czwartego dnia pacjent zmarł, nie odzyskawszy przytomności.

Z kobiet, jedna zasnęła zaraz po zastrzyku dożylnym, i na 2-gi dzień czuła się zupełnie dobrze. Napady więcej nie występowały. Druga natomiast, bardzo ciężka epileptyczka, w ciągu ostatniej doby miała 14 ciężkich napadów, była zamroczona, tętno było słabe, ledwie wyczuwalne, tony serca były głuche. Zrobiono zastrzyk dożylny. Napady nie pojawiły się ani tego samego, ani następnego dnia, chora jednak nadal nieprzytomna, tętno ledwo wyczuwalne mimo podawania kamfory i adrenaliny. Trzeciego dnia napady wystąpiły w liczbie 4-ch, podano przeto gardenal w ilości 0,1 gr. 2 razy dziennie. Napady się więcej nie pojawiły, ale chora coraz słabsza, tętno nadal ledwie wyczuwalne, bardzo szybkie (120 — 150 na minutę), chwilami niemiarowe, przy temperaturze 36 — 36,6°. Wreszcie 6 dnia po zastrzyku pacjentka zmarła nie odzyskawszy przytomności.

Pozatem stosowano próbę u 6-u chorych, bądź celem uspokojenia ich, bądź w celu wywołania snu. Tu muszę dodać, że zasadniczo nie używamy w Dziekance leków uspakajających, uważając stosowanie ich w tym wypadku za niepotrzebne i szkodliwe dla pacjentów. Wyjątkowo tylko, gdy to jest konieczne z innych względów, np.: chory ma założony opatrunek i zdziera go, chory ma wadę serca, potrzebuje spokoju, a tymczasem jest podniecony, biega po sali, pacjent jest chory na chorobę infekcyjną, musi być izolowany,

a tymczasem będąc podnieconym biega po pawilonie, i t. p. W tych przypadkach stosujemy narkotyki. Stosowanie leków uspakajających ze względów psychjatrycznych należy w Dziekance do wielkiej rzadkości. Co do nasenników, to stosujemy je dopiero wtedy, gdy pacjent nie śpi wcale, lub mniej niż 4 godziny, przez 3 dni z rzędu. W wymienionych przypadkach stosowano po 2 ampułki somnifenu dożylnie. Wyniki były dość korzystne. W 2-ch przypadkach chore uspokoiły się prawie natychmiast, bo w czasie stosowania zastrzyku były senne, po 1 — 2 godzinach usnęły i spały 8 godzin. W 3-ch innych, chorzy uspokoili się dopiero po 3-ch godzinach i to tylko częściowo, później zasnęli i spali 5 — 7 godzin.

W ostatnim przypadku chora z opatrunkiem na ręku, bardzo silnie podniecona, zdzierała opatrunek, darła pościel i bieliznę. Podano 2 ampułki somnifenu dożylnie. Chora w dalszym ciągu podniecona, po 2-ch godzinach zastrzyknięto jeszcze 1 ampułkę somnifenu, bez skutku. Wówczas po następnych 2-ch godzinach podano chorej 5 pastylek nirwanolu doustnie — po godzinie chora spokojniejsza, usnęła na 2 godziny, później znów niespokojna, gwałtowna. Jak z tego widzimy, w stanach bardzo silnego podniecenia narkotyki działają bardzo słabo.

W styczniu 1931 pojawił się artykuł Meerloo p. t. Zur Pathologie und Psychopathologie der Schlafmittelkuren (Zentrallblatt für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 58 Band, Heft 5/6 z dnia 15. I. 1931), w którym podano, że dożylne zastrzyki somnifenu wywołują czasem trombozy. Na skutek tego artykułu niestosowałem już somnifenu dożylnie, gdyż i mnie uderzyła tak znaczna śmiertelność (na 9 chorych, którym zastrzyknięto somnifen dożylnie 2 zmarło). Wprawdzie tak chory, jak i chora mieli niedomogę serca, ale status epilepticus, który przebyli, był stosunkowo mały (11 i 14 napadów). Uderzało to tem więcej, że w ostatnich 2-ch latach mieliśmy kilkanaście status epilepticus, a tylko 1 pacjent zmarł (300 napadów), a kilku pacjentów z lekką niedomogą serca przebyło 20—40 napadów w ciągu 1 lub 2 dni.

Na skutek tego nie stosowałem już i nie stosuję somnifenu dożylnie, a tylko domięśniowo. Zastrzyki domięśniowe, o ile się je stosuje dostatecznie głęboko w mięśnie, nie wywołują żadnych szkodliwych następstw. W wypadkach, gdy robi się je krótką igłą powstają abscesy, jak mi to się zdarzyło w 1-ym przypadku. Domięśniowo stosowałem somnifen w ilości 2-ch ampułek w 15-tu

przypadkach. Wynik był równie korzystny, jak przy stosowaniu dożylnem. Chorzy uspakajali się po 10—20 minutach, a żadnych szkodliwych następstw, prócz lekkiej bolesności nie stwierdzono. Przeciętna długość snu, po 2-ch ampułkach somnifenu podanym domięśniowo, wynosi 5—7 godzin. Szybkość zasypiania 1—2 godzin.

Niezależnie od swego działania nasennego i uspakajającego, ma somnifen także lekkie działanie przeciwbólowe. Stosowany w tym celu pięciokrotnie, przyniósł przy zapaleniu jajników i zadrażnieniu otrzewnej, znaczną ulgę w bólach i tak bardzo pożądany sen.

Pozatem stosowałem somnifen domięśniowo w ilości 4 ch $cm.^3$ w 3-ch przypadkach status epilepticus. Wynik był dobry. Napady nie pojawiły się ani tego samego dnia, ani następnego, chorzy spali 10—12 godzin. Działania ubocznego, poza lekkiem obniżeniem temperatury, do 35,6, nie stwierdzono. Somnifen działa tu silniej, niż chloral-hydrat, gdyż ten ostatni działa zaledwie kilkanaście godzin, podczas gdy somnifen działa 24 godzin i dłużej.

Na podstawie niniejszego da się stwierdzić, że somnifen jest dobrym środkiem uspakajającym i nasennym, oraz zasługuje na uwagę, jako doskonały lek przy przerywaniu status epilepticus, ale uważam za bezpieczniejsze stosowanie go domięśniowo, tem więcej, że w skutkach działania niema różnicy, chyba tylko w opóźnieniu o kilka minut działania leku.

Hôpital Psychiatrique public de Dziekanka (Posnanie) Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Quelques remarques sur le gardénal, le gardénal sodique et le somnifène, plus particulièrement dans le traitement de l'épilepsie.

Par le Dr. W. GORZKOWSKI.

L'auteur étudie l'action du gardénal, du gardénal sodique et du somnifène, avant tout dans le traitement de l'épilepsie. L'observation des cas, traités pendant une année par le gardénal, a permis de constater la disparition totale des crises dans les cas plus légers et leur attenuation, tant au point de vue de la fréquence que de l'intensité, dans les cas graves. Dans les cas plus légers on donnait le gardénal à la dose de 0 gr. 0,5 deux

à trois fois par jour, dans les cas graves 0 gr. 0.5 le matin et à midi et 0 gr. 10 le soir. L'action du gardénal sodique a été la même que celle du gardénal, c'est à dire la disparition des crises dans les cas légers et leur atténuation dans les cas graves. L'auteur donne la préférence au gardénal, de sorte que les malades sont moins somnolents et peuvent continuer à travailler. Il considère les deux formes du gardénal comme très bons agents médicamentaux de l'épilepsie. Des recherches faites comparativement sur le gardénal et le luminal, de même que sur le gardénal sodique et le luminal sodique, n'ont revelé aucune supériorité d'une préparation par rapport à l'autre.

Le somnifène, a eu une bonne action calmante et hypnotique; il donne de même de bons résultats chez les épileptiques en état du mal. La durée moyenne du sommeil, après deux ampoules de somnifène, est de cinq à sept heures. Les malades se calment dix à quinze minutes après l'injection. L'auteur administrait le somnifène en injections intramusculaires, ce que permet d'éviter les inconvénients des injections intraveineuses. En ce qui concerne l'état du mal, l'auteur constate que son action se prolonge jusqu'à vingt-quatre heures et même au-delà, tandis que l'action du hydrate du chloral à la dose de 4 gr. n'agit que pendant douze heures.

Krajowy Zakł. Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Wyniki leczenia epilepsji malarją.

Podał: Prymarjusz Dr. STANISŁAW ŚWIERCZEK.

(Referat zgłoszony na XII Zjazd Psychjatrów Polskich w Białymstoku i Choroszczy w dniach 14. — 16. V. 1932).

W pracy niniejszej podaję wyniki leczenia malarją epilepsji w Dziekance z uwzględnieniem odnośnej literatury. W osobnym referacie mieszczą się nasze doświadczenia lecznicze z malarją odnośnie do schizofrenji.

W ten sposób, łącznie z poprzedniemi pracami o leczeniu paraliżu, staraliśmy się poznać i sprawdzić całokształt zagadnienia, które zwie się malarją leczniczą. Pominęliśmy celowo próby leczenia zimnicą innych schorzeń psychicznych, (parkinsonizm poencefalityczny, psychoza manjakalno-depresyjna) jako mniej

stosowane i dające conajmniej niewyraźne rezultaty. W porównaniu do psychoz kiłowych, a nawet schizofrenji, ilość wzmianek w literaturze odnośnie do gorączkowego leczenia epilepsji jest uboga. Jest to zupełnie zrozumiałe, gdyż ostatnia z tych trzech wymienionych powyżej prób leczniczych jest najmłodszego pochodzenia. Wprawdzie Salcedo Cabal (patrz literatura) wspomina, że już lekarze Ludwika XI zalecali w epilepsji czwartaczkę, lecz właściwe próby w tym kierunku zaczęły się mniejwięcej w 10 lat po pierwszych doświadczeniach Wagnera z malarją. Nieco wcześniej datują się próby leczenia gorączkowego niemalarycznego. Prawie wyłącznie są to próby z injekcjami mleka. Z Rosji (Bondarew i Worobiew, Danajew) donoszono przed 8 laty o wynikach zachęcających przy stosowaniu tej metody w leczeniu epilepsji. Następnie Somogyi miał małe poprawy lecznicze. C. Schmidt zalecał niedawno (1930) natrium nucleinicum jako dobry środek leczniczy także w epilepsji. Najwcześniejsze doniesienia o leczeniu epilepsji malarją są, o ile mi wiadomo, dopiero z r. 1929. A. Marie twierdzi, że dobre wyniki w leczeniu psychoz takich, jak epilepsja, schizofrenja, stany poencefalityczne, są wtedy gdy u leczonych stwierdza się równocześnie kiłę.

Wszystkie znane mi doniesienia nie zawierają wyników, któreby zbytnio zachęcały do dalszych prób z zimnicą szczepioną w padaczce. Nasze wyniki są również (o czem poniżej) niezachęcające.

Pesymizmowi terapeutycznemu możnaby przeciwstawić jedynie to, że prób było niewiele i że dotyczyły one małej ilości przypadków.

Rodriguez-Arias stosując malarję w schizofrenji, a także dodatkowo i w epilepsji, otrzymał w 6 przypadkach tej ostatniej tylko chwilowe ustanie napadów epileptycznych.

O podobnie przejściowych i nieznacznych wynikach wspomina Paulian. Vallejo Nagéra podaje na 13 przypadków epilepsji leczonych malarją 7 popraw, przyczem poprawy te nie dotyczyły demencji ani ekwiwalentów. Natomiast Graziani, lecząc malarją 50 kobiet z psychozami nieluetycznemi, nie otrzymał w 6 przypadkach epilepsji żadnych popraw, a w 6 przypadkach Ramsaya również nie było popraw a tylko 2 zgony z winy malarji. Guthrie doniósł, że u epileptyków po przebyciu przypadkowych chorób zakaźnych, jak róża, szkarlatyna, odra, ospa wietrzna i mumps, następowało przejściowe zmniejszenie ilości napadów.

Mas de Ayala stosował treponema hispanicum także i w 15 przypadkach epilepsji, przyczem zauważył, że najwyraźniejsza poprawa występowała w przypadkach epilepsji symptomatycznej poinfekcyjnej. Interesujące jest doniesienie H. Schultego o 3 przypadkach zaburzeń epileptycznych, które wystąpiły u leczonych malarją paralityków pod postacią stanów epizodycznych jak podniecenia, zamroczenia i napadowe halucynacje, rzadziej napady drgawkowe. Jeżeliby podobne komplikacje zdarzały się częściej, byłby to jeszcze jeden nowy powód do zarzucenia leczniczego szczepienia malarją epileptyków. Wszystkie wymienione powyżej fakty zdają się nie wróżyć większego powodzenia nowej metodzie leczniczej i na podstawie tych danych oraz przytoczonych poniżej własnych wyników, jak również wskazanego już powyżej braku większego zainteresowania dla stosowania malarji w epilepsji, przypuszczam, że leczenie to nie znajdzie takiego rozpowszechnienia, jakie znalazło w odniesieniu do paraliżu, a nawet schizofrenji.

Przechodząc do omówienia wyników otrzymanych z malarją leczniczą u epileptyków w Dziekance, muszę na wstępie wyjaśnić nasze stanowisko przy wyborze materjału szpitalnego. Otóż wychodząc z założenia, popartego naszem doświadczeniem, że leczenie zimnicze nie jest zawsze bezwzględnie nieszkodliwe wybieraliśmy przypadki bez schorzeń cielesnych. Następnie mając na względzie słabe dotychczasowe wyniki tegoż leczenia u wszystkich autorów, małą jeszcze ilość opisywanych przypadków oraz w związku z tem brak oparcia w doświadczeniu innych pisarzy, staraliśmy się postępować przedewszystkiem w myśl zasady primum non nocere.

Z powyższych względów do leczenia wyznaczyliśmy (z wyjątkiem 1 przypadku) same przypadki posunięte, w których długotrwałe inne leczenie nie dało wyniku i które wykazywały otępienie. Dopiero po otrzymaniu pomyślnych wyników w tych wybranych przypadkach bylibyśmy przeszli następnie do szerszego stosowania leczenia malarycznego. Zrozumiałem jest, że mając taki materjał nie oczekiwaliśmy też a priori zbyt wielkich wyników. Doświadczenia nasze jednak nie są, jak zobaczymy, zachęcające do podjęcia dalszych prób.

Materjał nasz obejmuje 13 pacjentek leczonych w okresie od 16. XI. 1930 (pierwsze szczepienie) do 20. V. 1931. Leczenie zainicjował i przeprowadzał Dr. W. Gorzkowski. Wiek szczepionych wahał

się od 18 do 44 lat, z czego większość, bo 7 chorych, była w wieku od 20 do 30 lat, tylko dwie pacjentki powyżej 40 lat (41 i 44), a jedna tylko poniżej 20 lat (18). Czas trwania choroby wynosił od 32 do 10 lat, w 2 przypadkach (znacznie posuniętych) czas ten nie dał się dokładniej określić, w jednym przypaku (chora 21 lat mająca) podano w wywiadzie, że choroba trwa od urodzenia. We wszystkich przypadkach, za wyjątkiem jednego (chora lat 44, choroba trwa od 39 roku życia), choroba wystąpiła przed 20 rokiem życia, u najmłodszej pacjentki liczącej 18 lat objawy choroby zjawiły się w 7 roku życia. Co do samej malarji to inkubacja jej wynosiła od 4 do 16 dni, przeciętnie 9 dni, przyczem zaznaczam, że stosowano szczepienie dożylne lub domięśniowe. Ilość napadów wahała się od 10 do 14, w czem było 1 raz 10 napadów, 1 raz 14, 2 razy po 12, 3 razy po 13, wreszcie 6 razy po 11 napadów, czyli przeciętnie prawie 12 napadów gorączkowych zimnicy. Co do typu gorączki to mieliśmy dwa rodzaje a mianowicie 1) typ codzienny w 7 przypadkach, 2) typ mieszany zbliżony do febris quotidiana (6 przypadków). U 3 chorych wystąpiły napady gorączki „podwójne“, w środkowym okresie malarji, to znaczy napady o interwałach gorączkowych. U wszystkich tych 3 chorych była febris quotidiana a nie było komplikacji.

Trzykrotnie gorączkowanie odbywało się samoistnie na 2 „raty“. Jedyną komplikacją jaką spostrzegliśmy u naszych chorych w okresie malarycznym, były wymioty, które pojawiły się w 4 przypadkach, przyczem należy podkreślić, że u 3 z nich napady drgawkowe występowały nadal i w okresie leczenia malarją. Wymioty występowały w okresie końcowym napadów zimnicy. Na zakończenie podaję czas trwania leczenia czyli długość okresu gorączkowego malarji, wynosił on mianowicie od 10 do 28 dni, przeciętnie niecałe 16 dni. Należy dodać, że w 3 przypadkach, gdzie malarja samoistnie przebiegała w 2 ratach, czas ten wynosił 23, 24 i 28 dni. Wysokość temperatury w napadach malarji przeważnie wahała się w zakresie 39 do 40^0, w jednym przypadku 40 do 41^0, natomiast w innym poniżej 39^0, przyczem początkowe napady malarji przebiegały jako stany podgorączkowe. Ogólna charakterystyka kliniczna malarji leczniczej przedstawia się więc w naszych wszystkich przypadkach dosyć jednolicie, przyczem nie wykryto żadnych specjalnych odchyleń ani też związków między rodzajem przebiegu malarji a wynikami leczenia. Z komplikacji pomalarycznych zanotowano w 2 przypadkach wy-

mioty (jedna z tych chorych wymiotowała też w czasie napadów) w ciągu kilku dni, oraz ogólne osłabienie w 1 przypadku, które trwało długo i znacznie przedłużyło rekonwalescencję chorej. Ciekawem jest, że w przypadku tym leczenie malarją trwało 23 dni, napadów było 11, a malarja spontanicznie rozdzieliła się na 2 raty. Podobnie było i w jednym z 2 przypadków z wymiotami po malarji (leczenie trwało 28 dni, napady niskie w liczbie 13). Wiek chorych z wymiotami wynosił 21 i 28 lat, chorej z osłabieniem 37 lat, stan ich cielesny przed malarją był można rzec bardzo dobry. Następnie u chorej 44 letniej, która przebyła 10 napadów, u której badanie kliniczne przed malarją nie wykazywało wyraźnych zmian płuc (nie było też stanów podgorączkowych) wystąpiły po malarji stałe stany podgorączkowe i stwierdzono gruźlicę płuc. Obecnie chora ta gorączkuje stale dosyć wysoko, a gruźlica zrobiła takie postępy, że należy się w tym jeszcze roku spodziewać zejścia. Wreszcie chora 27 letnia, która badana przed leczeniem nie wykazywała zmian w sercu, zmarła w 7 dni po przerwaniu malarji z powodu ostrej niedomogi serca. Zaburzenia ze strony serca wystąpiły zupełnie niespodziewanie już po przerwaniu napadów gorączkowych, których było 13. A więc na 13 leczonych przypadków, powikłania pomalaryczne wystąpiły w 5 przypadkach (około 35 proc.) z czego jedno zejście śmiertelne (7 proc.), a drugiego należy się spodziewać. Procent ten jest wysoki zwłaszcza jeżeli uwzględni się, że wszystkie przypadki leczone pod względem cielesnym były uprzednio wybierane. Natomiast w 2 przypadkach, które (w tym samym roku) przebyły grypę (zupełnie następnie wyleczoną) nie było żadnych komplikacji. Zanim przejdę do podania cyfrowych wyników wspomnę jeszcze o leczeniu, jakie stosowano przed malarją. Wszystkie te przypadki przebyły długotrwałe przerywane leczenie bromowe lub gardenalowe, 5 z nich ponadto leczono nadmanganianem potasu, 4 zastrzykami własnej krwi, 2 fenacetyną z gardenalem. Wszystkie te sposoby leczenia nie dały u tych 13 chorych, żadnych wyraźnych popraw. We wszystkich przypadkach leczonych malarją, zaobserwowano zmiany tylko odnośnie do napadów epileptycznych. Zarówno demencja jak i inne objawy psychiczne *nie uległy żadnej zmianie.* Wpływ malarji na ilość napadów był następujący: W 4 przypadkach napady ustały zupełnie w okresie leczenia malarycznego. W jednym z tych przypadków stan ten beznapadowy ustalił się to znaczy, że chora do dnia dzisiejszego,

(leczenie od 21. 11. do 4. 12. 1930) nie miała już więcej napadów. W dwu przypadkach ilość napadów kurczowych zmniejszyła się wyraźnie w okresie malarycznym. W pozostałych 7 przypadkach zmian nie było. Co do zmian po malarji to statystyka napadów w miesiącu w którym leczono malarją wykazała w 5 przypadkach zwiększenie ilości napadów o charakterze przejściowym. W jednym z nich ilość napadów w 2 miesiącu jeszcze bardziej się wzmogła (przed malarją liczba napadów za 9 miesięcy wynosiła 111 przeciętnie za 1 miesiąc około 12 napadów, za miesiąc, w którym leczono chorą malarją 41 a w drugim miesiącu 92 napadów). U jednej pacjentki zwiększenie ilości napadów wystąpiło nie w miesiącu leczenia lecz w trzecim miesiącu (78 napadów). U tej chorej ilość napadów za ostatnie 7 miesięcy przed leczeniem wynosiła 128 napadów, a więc przeciętnie 18 na miesiąc. Za 9 miesięcy począwszy od zaszczepienia malarji ilość napadów wynosiła 441, co daje przeciętnie 49 napadów na miesiąc, a więc zwiększenie ilości napadów po malarji w okresie 9 miesięcznym (potem ilość napadów na miesiąc zrównała się z ilością z okresu przed zimnicą). Wreszcie u pacjentki 18 letniej z rzadkiemi napadami zanotowano podobne pogorszenie. Mianowicie za 6 miesięcy przed malarją (od chwili przyjęcia do Zakładu do zaszczepienia) zanotowano 3 napady, a więc przeciętnie 1 napad na 2 miesiące, zaś za 8 następnych miesięcy (od szczepienia do zwolnienia) już 14 napadów czyli prawie 2 napady na miesiąc. Brak nam katamnezy do stwierdzenia dalszego stanu napadów u tej pacjentki. Tak więc otrzymaliśmy w 2 przypadkach pogorszenie dłużej trwające po malarji. Razem więc mieliśmy w 6 przypadkach zwiększenie ilości napadów po malarji, z czego w 3 przypadkach tylko w pierwszym miesiącu, następnie w 1 przypadku także i w drugim miesiącu a w 2 przypadkach znacznie dłużej.

W związku z powyższem muszę podkreślić, że we wszystkich wymienionych powyżej 4 przypadkach, w których podczas malarji napadów epileptycznych nie było, po przerwaniu malarji napady powracały zaraz w dawnej liczbie. Podobnie w 2 przypadkach ze zmniejszoną ilością napadów drgawkowych w okresie zimniczym. A więc malarja albo nie wpływa na cykl napadowy albo powoduje zmiany na gorsze (z wyjątkami). Natomiast inne objawy epilepsji nie wykazują (w moim materjale) żadnych zmian pod wpływem zimnicy leczniczej.

W 2 przypadkach wystąpiły poprawy po malarji (odnośnie do napadów). W jednym z nich (patrz wyżej) już w czasie malarji i po niej (aż do chwili obecnej t. j. 14 miesięcy po malarji) ustąpiły zupełnie napady, których liczba w poprzedzających leczenie 4 mies. wynosiła 160 czyli 40 na 1 miesiąc przeciętnie. W drugim również powyżej opisanym przypadku (przed malarją 111 napadów za 9 miesięcy, czyli przeciętnie 12 na miesiąc) w dwu następnych po zaszczepieniu miesiącach ilość napadów wprawdzie się wzmogła (41 i 92), ale już w trzecim miesiącu był tylko 1 napad, w czwartym nie było napadów, w piątym 3 napady, a począwszy od 6 miesiąca do chwili obecnej (9 miesięcy po szczepieniu) napady więcej się nie zjawiły.

Ostateczny wynik leczenia 13 epileptyków malarją przedstawia się następująco: 2 poprawy, 3 pogorszenia (1 rozbudzenie gruźlicy — 2 zwiększenia ilości napadów) 1 zgon, 7 bez zmiany, co procentowo wynosi: poprawy 15,4 proc., bez zmiany 53,9 proc., pogorszenie 22,1 proc., zejście śmiertelne 7,7 proc. Jeżeli uwzględnimy, że poprawa dotyczy *samych* tylko napadów i to zaledwie w około 15 proc., a reszta t, j. 85 proc. jest bez poprawy, lub z pogorszeniem, że było jedno zejście śmiertelne z winy malarji, a drugie nastąpi, musimy malarję leczniczą ocenić w naszych przypadkach niepomyślnie. Wynik nasz pozostaje w zgodzie z powyżej wymienionemi próbami zagranicznych autorów, a zwłaszcza Paulian'a i Rodriguez-Arias'a. Prawie takie same wyniki otrzymał Vallejo-Nagéra, a wyniki Graziani'ego i Ramsay'a są jeszcze gorsze. Podkreślić tu należy opinję A. Marie'go, że wyniki dobre są tam gdzie jest także i kiła. Dodaję w tem miejscu, że w obu naszych przypadkach z poprawą badania serologiczne przed malarją dały wynik ujemny. Powyższe wyniki jak i ujemne wyniki naszego leczenia malarją schizofrenji upoważniają nas do przeciwstawienia się nadmiernemu optymizmowi wielu autorów. Uważamy, że jedynem wskazaniem do stosowania malarji leczniczej mogą być psychozy luetyczne. Nie możemy w każdym razie zalecić malarji jako leczenia epilepsji.

Literatura.

1) *Ayala,* Mas de, Zentralbl. N. P. 55 str. 66 oraz 57 str. 183.
2) *Graziani A.* Zentralbl. N. P. 53 str. 809.
3) *Guthrie* „ „ 58 str. 695.

4) *Marie A.* Arch. intern. neur. 48 str. 115. „Application de la malariathérapie en dehors de la paralysie générale".
5) *Paulian* Zentralbl. N. P. 55 str. 257.
6) *Ramsay* „ „ 55 str. 175.
7) *Rodriguez-Arias i Balmes* Zentralbl. N. P. 53 str. 812.
8) *Salcedo Cabal* „ „ 57 str. 63.
9) *Schmidt C.* „ „ 57 str. 434.
10) *Schulte H.* „ „ 60 str. 868.
11) *Vallejo Nagéra i G. Pinto* „ „ 59 str. 62.
12) *Bondarew i Worobiew* „ „ 34 str. 344.
13) *J. Danajew* „ „ „ „ „

Hôpital Psychiatrique publ. de Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Les résultats de la malariathérapie dans l'épilepsie.

Par le Dr. ST. ŚWIERCZEK, chef de section.

L'auteur présente les résultats qu'il a obtenu dans 12 cas graves et un cas léger d'épilepsie à la suite du traitement par la malaria. Les épileptiques étaient femmes sans altérations somatiques. L'observation de ces malades, qui avaient eu 10—14 accès de fièvre dans six mois (21. XI. 30 — 20. V. 31) a permis de constater les effets suivants du traitement:

1) Une malade mourut d'insuffisance aiguë de coeur à la suite de malaria quelques jours après le traitement.
2) Chez trois malades l'état empira.
3) Dans sept cas nul résultat.
4) Dans deux cas on a pu constater la disparition des crises.

En conséquence de ses expériences défavorables l'auteur ne recommande pas la malariathérapie comme médication de l'épilepsie.

Krajowy Zakł. Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

O leczeniu schizofrenji malarją z podaniem wyników otrzymanych w Dziekance.

Podał Prymarjusz Dr. STANISŁAW ŚWIERCZEK.

(Referat zgłoszony na XII Zjazd Psychjatrów Polskich w Białymstoku i Choroszczy w dniach 14 — 16. V. 1932 r.).

Leczenie gorączkowe w psychjatrji ma już za sobą 44 lata istnienia, licząc od pierwszej pracy Wagner — Jauregga z r. 1887. Właściwy jednak okres rozkwitu tej metody leczniczej datuje się mniejwięcej od 1917 — 1920, to znaczy od pierwszych doświadczeń z malarją, szczepioną dla leczenia porażenia postępującego.

W pracy niniejszej podaję przegląd rozwoju leczenia gorączkowego i infekcyjnego schizofrenji na podstawie odnośnej literatury, a następnie doświadczenia leczniczego Dziekanki. Łącznie z dawniejszemi doniesieniami, dotyczącemi paraliżu, oraz ogłoszoną obecnie pracą o malarji[1] leczniczej w epilepsji, referat niniejszy obejmuje całokształt naszych doświadczeń z malarją leczniczą w Dziekance. Ponieważ literatura naszego przedmiotu jest obecnie rozległa, jestem zmuszony w niniejszej pracy, przeznaczonej jako referat na zjazd, ograniczyć się do podania tylko najważniejszych danych.

Leczenie malaryczne nie zdążyło usunąć innych gorączkowych sposobów leczenia, wprost przeciwnie, obok dawniejszych metod zjawiają się coraz to nowsze, co świadczy o tem, że interesujące nas zagadnienie nie znalazło dotąd swego rozwiązania, że znajdujemy się wciąż jeszcze w okresie prób i poszukiwań. Jednym z najstarszych środków leczniczych gorączkowych, jest natrium nucleinicum. Przedwojenne próby Lépine'a dotyczyły między innemi 13 przypadków dementia praecox, z których 4 wykazały lekką poprawę. Równoczesne wyniki Donatha były następujące: 3 wyleczenia, 5 popraw, a dalsze 6 przypadków bez polepszenia. Lundvall doniósł o znacznych poprawach, podobnie też Hauber, oraz Kielholz. Ten ostatni miał na 18 leczonych przypadków, 8 remisji, a 4 poprawy. Lafora podał również bardzo dobre wyniki. Dobre rezultaty miał też Mikulski. W materjale Czajkowskiego, obejmującym 56 chorych, zanotowano 39 proc. popraw wczesnych, a 50 proc.

później występujących. Przechodząc do autorów, którzy nie otrzymali popraw, wymienię z dawniejszych Ittena, z późniejszych Grimaldiego, a wreszcie Schiffa i Dimolescu, którzy zbadali także zmiany krwi po leczeniu natrium nucleinicum, przyczem stwierdzili zmniejszenie ilości limfocytów i leukocytów wielojądrzastych, a zwiększenie ilości jednojądrzastych i eozynofilów. Próby leczenia schizofrenji mlekiem, dały gorsze rezultaty od wyżej opisanych. W Rosji otrzymano wyniki niezachęcające (Bondarew i Wyrobiew, Danajew) podobnie i na Węgrzech (Somogyi). O pomyślnych wynikach donieśli Włosi Roncati (2 remisje na 11 przypadków) i Pini. Wiemy, że usiłowania stworzenia nowych sposobów leczenia porażenia, dały pochop do wypróbowania następnie nowych metod leczniczych także i w psychozach nieluetycznych. Do jednych z pierwszych w tym zakresie, należą próby (zapoczątkowane znowu przez Wagnera) z tuberkuliną. Liczne doświadczenia dały przeważnie wynik ujemny i stwierdziły ponadto niebezpieczeństwa tej metody, a mianowicie rozbudzenie nieczynnej gruźlicy (Treiber, Menninger — Lerchenthal). Ostatnio Wagner zmodyfikował swą metodę zaczynając od 1/1000 mg. tuberkuliny i otrzymał w przypadkach początkowych niekiedy nawet wyleczenie. W związku z powyższemi metodami należy wspomnieć o nielicznych próbach leczniczych z peptonem (Bresowsky), flogetanem, oraz o kombinowaniu wszystkich powyższych metod. Preparatem leczniczym, podobnym do tuberkuliny jest pyrifer, który jest stosowany od 7 lat, jednak w leczeniu schizofrenji właściwie dopiero od 1929 r. V. Nagéra otrzymał w 10 przypadkach 4 remisje, a w 7 przypadkach Grety Drecker było 5 popraw, z czego jednak 3 krótkotrwałe. Ostatnie doniesienie o pyriferze (Mönnich) podaje wyniki zakładu niemieckiego Neuruppin, gdzie w 31 przypadkach schizofrenji (zarówno początkowej jak i długotrwałej) stosowano po 12 napadów gorączkowych i otrzymano poprawy, które jednak trwały krócej niż 1 rok, przyczem najlepsze wyniki były w przypadkach katatonji. Dawniejszego pochodzenia są próby leczenia szczepionkami bakteryjnemi, przedewszystkiem szczepionką duru brzusznego. Menninger-Lerchenthal stosował 3 serje po 10 zastrzyków dożylnych, od 25 — 500 miljonów zarazków i otrzymał w 68 przypadkach, 21 remisji 22 popraw, a 11 pogorszeń. Remisje jednak były stosunkowo krótkotrwałe. Wyniki pomyślne ogłosili ponadto

Lafora, Kleine, oraz Nagéra. Natomiast Berkley nie miał popraw w swym materjale. We Włoszech pojawiły się przed wojną próby ze szczepieniem ospy (Vidoni), jednak nikt ich nie kontynuował, zapewne dlatego, że wynik ich był zupełnie negatywny. Podobnie jak pyrifer wprowadzono do lecznictwa saprovitan, jako środek zastępujący malarję. Saprovitan różni się jednak tem od pyriferu, że zawiera żywe bakterje (saprofity). Oba te preparaty doznały następnie krytyki ze strony kliniki wiedeńskiej (Kauders), jako dające niebezpieczeństwo infekcji. Weichsel otrzymał 10 popraw na 15 przypadków leczonych, Menninger — Lerchenthal w 5 daleko posuniętych i wiele już leczonych przypadkach, 2 poprawy przejściowe. Ten ostatni opisał komplikacje (zapalenie stawów) wywołane przez ten preparat. Blume podał w pierwszem doniesieniu 14 remisyj i popraw na 24 przypadki, a w drugiem doniesieniu 60 proc. pomyślnych wyników na 40 przypadków schizophrenia acuta u młodych kobiet. Natomiast Jaschke stosując neosaprovitan w 21 przypadkach, otrzymał tylko 3 polepszenia. Z dalszych środków gorączkowych, najważniejszy jest preparat siarkowy sulfosin, wprowadzony przez K. Schroedera do leczenia paraliżu, który znalazł wkrótce duże zastosowanie, z powodu dobrych stosunkowo wyników i braku powikłań. Sam Schroeder otrzymał w 6 przypadkach schizofrenji, 3 remisje. Największy materjał opisał Loberg, mianowicie 135 przypadków, z czego dużo było popraw w świeżych przypadkach schizofrenji, jak również dużo polepszeń stanu cielesnego. Do autorów, którzy mieli wyniki mało pomyślne należą Marcuse i Kallmann, oraz Armenise. Ostatnio Fenwick i Collingwood (1931) lecząc 30 schizofreników sulfosiną (2 razy tygodniowo zastrzyk, razem 24 injekcje, na 2 raty) otrzymali 50 proc. popraw, jednak sami autorzy wspominają, że mogły to być także remisje spontaniczne. Pozatem istnieją sporadyczne próby z innemi środkami chemicznemi, wywołującemi gorączkę jak naphtylamin (Bernardi), benzinol (Kairiukstis) dożylne zastrzyki natrium salicyl. (K. Szymański) i inne. Spotykamy także wzmianki o kąpielach świetlnych z następującemi potem zawijaniami, oraz kąpielami wodnemi gorącemi, w celu wywołania gorączki (Kahler i Knollmayer). Z licznych sposobów leczniczych niegorączkowych, należy przypomnieć leczenie snem, mające obecnie szerokie zastosowanie, oraz leczenie solami metali, a zwłaszcza manganu,

t. zw. metoda Walbuma. Tylko Sternberg, a następnie Reiter (20 proc. remisji pełnych wśród początkowych schizofrenij) opisali pomyślne wyniki Helveg nie otrzymał żadnych popraw w 95 przypadkach, a Nyirö miał na 26 leczonych, 3 remisje i 2 małe poprawy. J. Handelsman (Tworki) leczył 22 przypadki schizofrenji, dając 2 razy tygodniowo dożylnie metallosal przez 10 tygodni, a przez następne 10 tygodni 1 pastylkę dziennie manganosanu i w ten sposób otrzymał zaledwie 2 poprawy. Tindinge opisuje 1 poprawę na 75 leczonych przypadków a Overhamm nie otrzymał żadnych polepszeń. Ponadto spotyka się wzmianki o różnych, często dziwnych metodach leczniczych, których zwykle nikt poza wynalazcami nie stosuje. Granskaja leczyła psychozy infuzjami fizjologicznego roztworu soli (20 injekcyj) i między innemi otrzymała w 17 przypadkach schizofrenji, 6 remisyj i 4 poprawy. Działanie lecznicze tłomaczyła autorka jako następstwo osłabienia układu parasympatycznego. Zalecano także stosowanie witaminy D (Thomas) wątroby (Lindnor), gruczołów przytarczycznych (K M. Bowmann). Hoskins i Sleeper badali 80 przyp. schizofrenji i znaleźli w 50 proc. zaburzenia dokrewne, wskutek czego stosowali organoterapję i otrzymali dosyć dobre wyniki. Praca ich spowodowała Bianchiego do podawania tarczycy w 20 przypadkach schizofrenji, jednak bez wyniku. Livsitz przeprowadził próby z tak nazwaną przez siebie cerebrotoksyną, czyli surowicą koni immunizowanych świeżym mózgiem ludzkim. Na 40 przypadków schizofrenji otrzymał w ten sposób 20 popraw psychicznych

Rotmann zastosował (znane w neurologji) sztuczne wywołanie pęcherzy skóry, których płyn (przesięk) zastrzykiwał w ilości od 8 do 18 cm, co spowodowało uspokojenie podnieconych schizofreników. Tomescu i Rutsu zajęli się modną dziś harminą, która usuwała w ich przypadkach rigor i autyzm, objawy te jednak powracały z chwilą zaprzestania podawania ekarstwa. Wielce rozpowszechniona autohaemotherapia znalazła zastosowanie także i w lecznictwie schizofrenji (Volochov i Mas de Ayala). Marta Fauser przeprowadziła próby z wapniem (20 injekcji „calcium Sandoz“ co 2 dni 10 ccm) i opisała 18 popraw w 24 przypadkach. Zastrzyki terpentyny (abcès de fixation) stosował między innemi Pascal i miał 58 popraw w 103 przypadkach schizofrenji. Ponadto opisano metodę podobną do powyższej, mianowicie meningitis aseptica, to jest

wprowadzanie w miejsce pewnej ilości wypuszczonego płynu mózgowo-rdzeniowego, surowicy końskiej (Carroll), i t. p. Wreszcie stosowano też sztuczną odmę czaszkową, Wartenberg bez wyniku, a Friedmann otrzymał 6 popraw, oraz w 3 przypadkach przerwanie osłupienia katatonicznego. Co do leczenia infekcyjnego, to wspomnieć należy o doniesieniu Menningera i Kubitscheka dotyczącem znacznej poprawy schizofrenji (2¹/₂ lat trwającej) po dysenterji, poprawa ta trwała tylko 1 rok.

Leczenie durem powrotnym stosowano oddawna także i w schizofrenji. Plaut i Steiner, Hollander i Greef, wreszcie Claude, Targowla i Lignières opisali wyniki ujemne. Istnieje kilka prac autorów południowo-amerykańskich (z Montevideo), dotyczących specjalnej odmiany duru powrotnego, mianowicie febris recurrens hispanica (treponema hispanicum). Pierwszy z nich ogłosił swe wyniki Talice i uznał je za dobre. Dokładne dane pochodzą od Mas de Ayala, odnośnie do porażenia i schizofrenji. Autor ten stosował tę metodę jako pierwszy od roku 1927 i w roku 1930 podał swe wyniki. Materjał jego obejmuje 140 przyp. schizofrenji. W 15,7 proc. nastąpiło wyleczenie socjalne, w 21,4 proc. poprawa, w 35 proc. przejściowe polepszenie, 27,8 proc. bez poprawy, a śmiertelność 0 proc. Szczegółowo materjał leczony przedstawia się następująco:

1) 31 przypadków trwających najwyżej do 2 lat, dało 41,9 proc. wyleczeń socjalnych, 22,6 proc. popraw, 16,1 proc. popraw przejściowych, a 22,6 proc. bez poprawy.

2) 44 przypadków, gdzie czas trwania choroby wynosił 2 — 4 lat, dało 16 proc. wyleczeń socjalnych, 22,7 proc. popraw, 31,8 proc. przejściowych popraw, a 29,5 proc. bez poprawy.

3) 33 przypadki (czas trwania choroby od 4 — 7 lat) 6,1 proc. wyleczeń socjalnych, 21,2 proc. popraw, 51,5 proc. przejściowych popraw, a 21,2 proc. bez poprawy.

4) 22 przypadków (7 — 10 lat od powstania choroby) dało 0 proc. wyleczeń, 13,6 proc. popraw, 40,9 proc. popraw przejściowych, 45,4 proc. bez poprawy.

5) 22 przypadki (choroba trwała dłużej niż 10 lat) dało takie same wyniki, jak w grupie czwartej.

Najlepsze wyniki były w przypadkach katatonji, a następnie hebefrenji. Wyniki autora mają większą wartość z tego także powodu, że równocześnie przeprowadził on kontrolne leczenie (w osobnej serji) 25 schizofrenji zastrzykami własnej

krwi, gdzie nie otrzymał popraw. Mas de Ayala stwierdził (podobnie, jak w swych przypadkach epilepsji), że przypadki schizofrenji o etjologji zakaźnej łatwo się leczą. Stwierdzenie to ma swe specjalne znaczenie. Ponadto ogłosili wyniki Sicco i Fascioli, którzy podali 30 prcc. popraw na 20 przypadków leczonych, jednak autorzy zastrzegają się, że mogły to być także remisje spontaniczne. Wymienieni opisali powikłania, jak bóle głowy, wymioty, zwiększenie ilości białka i limfocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym (niekiedy nawet stwierdzono obecność treponema hispanicum w likworze). Komplikacje te często utrzymywały się przez dłuższy czas.

Ze wszystkich sposobów leczenia gorączkowego schizofrenji, najczęstsze zastosowanie ma dotąd malarja. Najczęściej notowano poprawy przejściowe (Templeton, Fribourg-Blanc, Kihn, Warner, Bertolini, Medea, D'Ormea). Natomiast rzadziej i zwykle tylko w nielicznych przypadkach opisano trwalsze wyniki korzystne i tak Lafora 2 przypadki, Wahlmann na 23 leczonych 3, Warner na 36 leczonych 4, Galant na 29 przypadków leczonych, tylko 1 trwalszą poprawę. Pomyślne wyniki podali Warner, Bianchini i Nardi, Wizel i Markuszewicz, Jakubowskaja, Graziani, Verstraeten Warner podał na 36 przypadków schizofrenji, leczonych malarją, 22 bez zmiany, 1 exitus i 13 popraw, z których 9 było przejściowych, trwających od 2 — 5 miesięcy. Bianchini i Nardi leczyli 57 przypadków schizofrenji trzeciaczką, dopuszczając 8 — 9 napadów. Z tej wymienionej powyżej liczby ukończono obserwacje w 28 przypadkach i zanotowano 7 wyleczeń, 6 znacznych popraw i 9 popraw wątpliwych. Czas trwania choroby w tych przypadkach wynosił 1 — 7 lat. Najlepsze wyniki były u katatoników i hebefreników, przyczem najpierw ustępowało podniecenie psychomotoryczne, a najpóźniej autyzm. Wizel i Markuszewicz opisali wpierwszem doniesieniu z roku 1927, wyniki leczenia 4 ostrych i 23 chronicznych przypadków schizofrenji. Wszystkie przypadki ostre określili jako wyleczone, natomiast 4 tylko przypadki chroniczne z poprawą. Doniesienie drugie (1929) tychże autorów obejmuje 72 przypadki, dzielące się na 40 ostrych (czas trwania najwyżej 1 rok), 17 okresowych i 15 chronicznych. W przypadkach tych stosowano około 25 napadów gorączkowych, a poprawy następowały zwykle zaraz po ukończeniu leczenia. Wyniki były następujące:

1) 40 ostrych przyp. schizofrenji dało 9 remisyj, 11 znacznych, a 8 małych popraw,

2) 17 przyp. perjodycznych dało 9 remisyj i 3 większe poprawy,

3) 15 przypadków chronicznych dało 0 remisyj, 2 znaczne, a 2 małe poprawy.

Verstraeten miał u 24 leczonych schizofreniczek, 6 pełnych i częściowych remisyj. Graziani podał 15 popraw na 25 przypadków, jednak 5 popraw wystąpiło dopiero w kilka miesięcy po malarji. Jakubowskaja miała 5 remisyj na 18 leczonych przypadków. D'Ormea i Broggi leczyli 60 przypadków trzeciaczką i otrzymali tylko 1 remisję i 6 małych popraw, z których 3 były przejściowe.

Większość badaczy podaje brak wyników przy stosowaniu malarji leczniczej w schizofrenji (Weygandt, Goria i Santone, Puca, Hinsie, Ugolotti, Galant, Paulian, Varenna, Camino). Bertolini miał w 75 przypadkach tylko 4 remisje, trwające 3—12 miesięcy, ponadto nieznaczne poprawy przelotne. Ugolotti nie otrzymał popraw nawet w przypadkach początkowych schizofrenij. Galant podaje 1 poprawę na 21 chronicznych i 8 ostrych przypadków, oraz zaleca znaczną ostrożność w dawkowaniu napadów malarji, zwłaszcza w przypadkach ostrych, które silnie reagują na zimnicę. Wartość malarji ocenił negatywnie Varenna na podstawie pogorszeń, jakie wystąpiły w jego chronicznych przypadkach, podczas gdy poprawy były tylko w przypadkach początkowych, lub wykazujących już przed malarją spontaniczną poprawę Camino podaje, że przypadki jego wykazały brak poprawy, lub pogorszenie. Goria leczył 16 przyp. hebefrenji i 7 innych schizofrenji w stadjum początkowem. Podczas napadów gorączki występowały pogorszenia, przedewszystkiem spotęgowanie stanów podniecenia psychomotorycznego. Na podstawie swych wyników odradza Goria stosowania malarji leczniczej w schizofrenji, uważając je wręcz za szkodliwe. Należy podkreślić, że sam Wagner uważa dotychczasowe wyniki leczenia malarycznego w schizofrenji za niepewne.

Obecnie przechodzę do krytycznej oceny danych, powyżej przytoczonych z literatury. Przedewszystkiem musimy pamiętać, że granice grupy chorób zwanej schizofrenją są jeszcze nadal nieustalone i że nie możemy często, zwłaszcza w okresach początkowych, ustalić z całą pewnością rozpoznania. Mnie

osobiście wydaje się, że należy specjalnie podkreślić niepewności djagnozy w okresach początkowych schizofrenji, co ma wielkie znaczenie przy ocenianiu wyników leczniczych, albowiem przypadki początkowe dają właśnie najlepsze wyniki. Następnie trzeba pamiętać również o częstych i charakterystycznych wprost dla przebiegu schizofrenji remisjach spontanicznych. I znowu należy podkreślić, że remisje po leczeniu występują znacznie częściej w pierwszych latach choroby, podobnie jak i poprawy samoistne. Również ilościowo nie różnią się od siebie oba te rodzaje remisji, gdyż przeprowadzone statystyki dały w rezultacie wysoki procent popraw samorzutnych. Brak nam jeszcze wszelkich danych do rokowania indywidualnego, remisje i poprawy są dla nas zjawiskiem nie dającem się przewidzieć ani jakościowo, ani ilościowo i to zarówno remisje spontaniczne, jak i remisje po leczeniu. Nie jesteśmy również w stanie odróżnić dwu tych rodzajów remisji wedle ich czasu trwania, gdyż remisje samoistne mogą trwać nawet latami i dlatego katamnezy nie mają znaczenia rozstrzygającego. Należy dodać że katamnez tych jest dotychczas niewiele i że są zwykle zbyt ogólnikowe. Dużo zamieszania panuje, z powodu nieustalenia pojęć remisji i zbyt indywidualnego ich używania. Spotykamy zróżniczkowanie pojęcia pod postacią określeń takich, jak: pełna remisja, dobra remisja, częściowa remisja, przejściowa remisja, znaczna poprawa, poprawa, mała poprawa, etc. Co gorsza, niektórzy autorzy nie podają wcale, lub tylko podają ogólnikowo, co rozumieją przez te różne określenia, ponadto brak jest ustalonych definicyj, co utrudnia znacznie pracę porównawczą, a więc krytyczną. Wszystkie te wątpliwości poruszyłem już przed 3 latami, przy omawianiu leczenia malarją porażenia postępującego. Trudności odnośnie do schizofrenji są jeszcze większe, albowiem brak nam tu pomocniczych badań serologicznych, a nawet histopatologicznych ponadto wiemy, że psychozy kiłowe stanowią rozdział psychjatrji najwcześniej poznany i najdokładniej zbadany. Próby znalezienia dowodów ustalających rozpoznanie remisyj leczniczych, nie dały wyników pewnych i nie usunęły wątpliwości. Różnice ilościowe między obu rodzajami popraw nie są nam dokładnie znane, a więc nie mogą być narazie miarodajne. Zauważono, że remisje sztuczne występują zwykle przy końcu leczenia, lub zaraz po leczeniu. Znaczny jednak procent opi-

sanych popraw tworzą polepszenia, które wystąpiły w kilka miesięcy po leczeniu. Pozatem okres leczenia może przypadkowo wypaść w czasie rozpoczynającej się remisji spontanicznej A więc ta druga próba rozróżnienia, chociaż lepsza od pierwszej, też nie prowadzi do zadowalającego wyniku. Pożądany cel będzie można osięgnąć wtedy, gdy wszelkie próby lecznicze będą przeprowadzone systematycznie i seryjnie, pod pewnym, ściśle określonym kątem widzenia. Po dotychczasowych, dorywczych często próbach, należy przeprowadzić szereg badań opartych na większym materjale klinicznym i zestawiać obok siebie wyniki 2 seryj, przypadków leczonych i nieleczonych Przedtem jednak konieczne jest udoskonalenie djagnostyki i dokładniejsze poznanie etjologji i patogenezy psychoz, nazywanych narazie zbyt ogólnem mianem schizofrenji. Dotychczasowe doświadczenia stwierdziły, że najlepsze wyniki dają katatonje, a następnie hebefrenje i formy perjodyczne. Bardzo ważną rolę odgrywa czas trwania choroby, gdyż poprawy są do niego naogół w stosunku odwrotnie proporcjonalnym, najlepsze wyniki opisano w przypadkach początkowych schizofrenji. Brak jest danych do szczegółowego różniczkowania wskazań odnośnie do różnych rodzajów leczenia gorączkowego, najważniejszą przyczyną rozpowszechnienia malarji są doświadczenia, poczynione w leczeniu porażenia.

A. Marie twierdzi, że dobre wyniki lecznicze są tam, gdzie obok schizofrenji jest lues. Francuzi wogóle podkreślają częstość spotykania kiły nabytej i wrodzonej w przypadkach schizofrenji i epilepsji. Działanie gorączki na psychikę określono przeważnie jako przełamanie osłupienia i autyzmu i ożywienie pacjenta, czasem nawet posunięte za daleko pod postacią komplikującego przebieg podniecenia psychomotorycznego. Leczenie gorączkowe spowodować może często również uspokojenie stanu podniecenia, lub wywołać stan osłupienia. Tłomaczenia działania leczniczego gorączki, czy infekcji, są, jeżeli chodzi o schizofrenję, zapożyczone z doświadczeń w lecznictwie porażenia, a tylko zmodyfikowane często przez uwzględnienie odrębnej tutaj etjologji.

Niektórzy badacze opierają się na teorji infekcyjnej czy toksycznej w etjologji schizofrenji i przypisują dlatego wielkie znaczenie leukocytozie. Z hypotezą tą jednak stoi w niezgodzie znany objaw leukopenji w durze brzusznym. Inni przy-

puszczają, że gorączka poprawia krążenie i odżywienie mózgu albo też działa pobudzająco i aktywująco na wszystkie komórki (ogólne przestrojenie). Pozatem podnosi się znaczenie pewnych układów i narządów (barjera oponowo-naczyniowa, gruczoły wewnątrz — wydzielnicze, układ siateczkowo - śródbłonkowy, układ wegetatywny). Mówi się n. p. często o wznowieniu pełnej czynności gruczołów dokrewnych, o przywróceniu równowagi hormonalno wegetatywnej, przesunięciu całej przemiany materji. Podobnie jak w porażeniu, obserwowano stosunek wagi ciała do leczenia i stwierdzono również bardzo często znaczny przybytek wagi po leczeniu, często większy w przypadkach bez poprawy psychicznej. Naogół podkreśla się równoległość popraw psychicznych do wysokości gorączki oraz ilości jej napadów, wskutek tego Wizel i Markuszewicz n. p. stosowali przeciętnie 25 napadów, a nawet do 32. Na skutek powyższego propaguje się kilkakrotne stosowanie leczenia gorączkowego, wzgl. zakaźnego. Co do wartości leczniczej poszczególnych metod to ocena jest trudna, gdyż wyniki są naogół wszędzie niezbyt korzystne, ocena ich często jest zbyt indywidualna, a ocena ta zależy też od wyników leczenia porażenia odnośnemi sposobami. Najczęstsze stosowanie znalazła malarja a następnie metody infekcyjne pozatem pyrifer a ostatnio sulfozyna. Ze wszystkich metod malarja jest najmniej bezpieczna. Hinsie miał 2 zgony na 13 przypadków, a w 2 przypadkach nastąpiła przemiana gruźlicy nieczynnej na czynną. W materjale Warnera obejmującym 36 przypadków był 1 exitus z winy malarji, na 34 przypadki Galanta 2 zgony. Ponadto opisywano komplikacje zimnicy najczęściej ze strony serca i krążenia, następnie wymioty, żółtaczkę, biegunki, osłabienie. Jeżeli chodzi o ogólną ocenę, to znaczna większość autorów nie przypisuje większej wartości leczeniu gorączkowemu i infekcyjnemu w schizofrenji, co uzasadniają ich negatywne lub słabo pozytywne wyniki, jak to już powyżej przedstawiłem. Obecnie przechodzę do przedstawienia wyników Dziekanki. Leczyliśmy malarją 66 przypadków schizofrenji. Z tego jako nadające się do publikacji uznaję 58, pozostałe 8 zawierają pewne nieścisłości lub niedokładności wywiadów lub rozpoznania. Wśród tych 58 przypadków było 40 kobiet i 18 mężczyzn. Co do szczegółowego rozpoznania to stosunki były następujące 15 hebefrenij (6 mężczyzn i 9 kobiet) 3 katatonje (2 mężczyzn

i 1 kobieta) 4 schizofrenje paranoidalne (1 mężczyzna i 3 kobiety) wreszcie 36 „schizophrenia simplex" lub też przypadki w stanie znacznego otępienia (9 mężczyzn i 27 kobiet). Wiek tych 58 chorych wahał się (w okresie leczenia) u mężczyzn od 18 — 48 lat, u kobiet od 21 — 52 lat. Szczegółowo biorąc wiek mężczyzn był następujący: 1 pacjent 18 lat, 9 od 20—30 lat, 5 od 31 — 40, a 3 od 41 — 48 lat. U kobiet zaś stosunki te przedstawiały się następująco: w wieku od 21 — 30 lat około 40 proc., 31 — 40 około 33 proc., 41 — 45 tylko 21 proc. jedna chora miała 47 a jedna 52 lat. Co do wieku, w którym choroba występowała, to obliczenia dały następujące rezultaty. U mężczyzn choroba powstała między 15 a 40 rokiem życia, dane szczegółowe są następujące: w 15 roku życia 1 przypadek, w 16 także 1, podobnie i w 19, w 5 przypadkach choroba zjawiła się w 22 r. życia, w 2 w 23, w 25 roku 1, w 27 zaś 2 przypadki, po jednym przypadku w 28, 32, 34 i 40 roku życia wreszcie jeden niewiadomy. U kobiet choroba powstała między 16 a 40 r. życia, W 8 przypadkach paczątek choroby był nieznany, w 1 przypadku choroba wystąpiła w 16 roku życia, w 1 w 18 roku, w 2 przypadkach w 19, w 17 przypadkach powstanie choroby wypadło między 20 a 25 rokiem, w 6 miedzy 26 a 30, wreszcie w 5 między 31 a 40 rokiem życia. Ważne są poniższe dane odnoszące się do długości czasu trwania choroby w chwili leczenia. U mężczyzn długość czasu wahała się od 4 miesiecy do 15 lat, przyczem w 2 przypadkach choroba trwała, w jednym dopiero 4 miesiące a w drugim 11 miesięcy, 2 mężczyzn było chorych od 1 roku, jeden od 1 $^1/_2$, jeden od dwóch lat. Przeciętny czas trwania choroby u mężczyzn wynosił 5 i pół, przyczem w 7 przypadkach choroba trwała dłużej niż 5 lat a w 3 dłużej niż 10 lat. Odnośne liczby u kobiet były następujące: W 7 przypadkach czas trwania choroby był nieznany, w pozostałych czas ten wynosił od 3 miesięcy do 27 lat, przeciętnie 11 lat. U jednej pacjentki choroba trwała dopiero 3 miesiące, u jednej 4 lata, u pozostałych od 5 do 27 lat, z czego połowa od 5 — 10 lat, reszta 10 — 27 lat. Na zakończenie podaję czas pobytu w zakładzie, który u mężczyzn wynosił od 1 mies. do 7 lat, przeciętnie 21 miesięcy, u 9 mężczyzn poniżej 1 roku. U kobiet czas ten wynosił od 2 mies. do 14 lat, z czego 8 przypadków przebywało w zakładzie krócej niż 1 rok, reszta to jest 32 powyżej 2 lat, z cze-

go 20 kobiet powyżej 5 lat. Jak widzimy więc materjał kobiecy przedstawiał przypadki o dłuższym okresie trwania choroby oraz pobytu w zakładzie. Wśród 58 chorych leczonych były 3 przypadki początkowe, w których choroba trwała dopiero 3, 4 i 11 miesięcy (2 mężczyzn i 1 kobieta) pozatem 5 przypadków (mężczyźni) w których choroba powstała przed 1 — 3 lat włącznie. Przeważająca większość bo 50 przypadków (na 58) wykazywała czas trwania choroby począwszy od 4 lat. U kobiet więcej niż połowa przedstawiała przypadki trwające więcej niż 10 lat. Z powyższego wynika, że materjał nasz składa się przeważnie z przypadków posuniętych, przytem wykazujących często otępienie. Wszystkich leczonych chorych badano specjalnie przed zaszczepieniem aby wykluczyć przypadki z chorobami serca, płuc, nerek itp. Mimo to, jak to zobaczymy poniżej, mieliśmy znaczny zastęp różnych komplikacyj spowodowanych przez malarję. Inkubacja malarji leczniczej wynosiła u mężczyzn zarówno jak i u kobiet od 4 dni do 1 miesiąca. Przy szczepieniu domięśniowem czas inkubacji wynosił u mężczyzn od 4 dni do 1 miesiąca, zwykle od 11 — 14 dni, natomiast przypadki szczepione dożylnie wykazały inkubację od 4 — 12 dni przeważnie poniżej 10 dni.

U kobiet stosunki te przedstawiały się następująco: 1) przy szczepieniu domięśniowem czas inkubacji wahał się od 9 — 22 dni; przeważnie 9 — 17 dni, 2) przy szczepieniu dożylnem od 4 — 10 dni, w 1 przypadku wyjątkowo 25 dni, w znacznej większości od 4 — 7 dni, 3) przy szczepieniu podskórnem od 8 — 15 dni. U pewnej ilości przypadków kobiecych (z okresu początkowego leczenia w r. 1928) rodzaj szczepienia nie był zanotowany, inkubacja zaś wynosiła od kilkunastu dni do 1 mies. Ilość napadów wahała się u mężczyzn od 5 do 23, przeciętnie prawie 12, u kobiet zaś od 4 — 18 a w 67,5 procent conajmniej 10. Starano się doprowadzić do kilkunastu napadów, były jednak przypadki, gdzie musiano przerwać zimnicę już po kilku napadach z powodu groźnych powikłań, zwykle ze strony serca. W znacznej ilości przypadków, gdzie było kilkanaście napadów, malarja sama wygasła. Czas leczenia malarycznego wynosił od 5 do 40 dni u mężczyzn, a 4 — 27 dni u kobiet, u mężczyzn przeciętnie 15 dni u kobiet zaś 14 dni. Co do typu gorączki to mieliśmy 4 rodzaje, mianowicie 1) m. quotidiana 2) m. tertiana 3) mieszany obu powyższych typów,

z przewagą typu codziennego 4) nieregularny. Najczęstszą była malaria quotidiana bo u 66 proc. mężczyzn a 51,3 proc. kobiet; następnym z kolei był typ mieszany dając 13,2 proc. u mężczyzn a 35,1 proc. u kobiet. Czysta trzeciaczka była w 2 przypadkach (1 mężczyzna i 1 kobieta) reszta przypadków przedstawiała typ nieregularny gorączki. Należy podkreślić, że nie udało się nam ustalić ścisłej zależności typu gorączki od rodzaju szczepienia ani od gatunku szczepu, gdyż n. p. ten sam szczep reprezentujący się jako febris quotidiana dawał w następującym zaraz pasażu febris tertiana (!) a potem znów quotidiana lub typ nieregularny, czy mieszany. Komplikacje malarji wystąpiły prawie wyłącznie u kobiet. U 1 mężczyzny (48 lat) musiano przerwać malarję już po 5 napadzie, z powodu osłabienia serca, chory ten gorączkował wysoko bo do 41°. U 10 kobiet wystąpiły powikłania w czasie gorączkowania, u 3 zaś po malarji razem więc 13 przypadków komplikacji na 40 kobiet, co jest bardzo dużo bo około 32 proc. ogółem na 58 przypadków 24 proc. (14)

Z komplikacyj tych najczęstsze były zaburzenia ze strony serca oraz wymioty. We wszystkich 10 przypadkach komplikacyj, które wystąpiły w czasie gorączkowania, musiano przerwać malarję z powodu tych powikłań. Zaburzenia te przedstawiały się następująco: 1) chora P. K. licząca 52 lat, choroba trwa 13 lat, rozpoznanie schizophrenia paranoides, malarję zaszczepiono dożylnie, inkubacja wynosiła 7 dni, pacjentka przebyła 6 napadów febris quotidiana wysokości 39—40°, malarję musiano przerwać z powodu ostrego osłabienia serca; badanie przed zaszczepieniem nie wykazało zmiany ze strony serca. U chorej stan choroby psychicznej pozostał bez zmiany. 2) chora B. K. w wieku 42 lat, choroba trwa od 21 lat, rozpoznanie schizofrenja ze znaczną demencją, przebyła 8 napadów febris quotidiana od 39—40°, malarję musiano przerwać z powodu ostrego osłabienia serca (przed leczeniem serce bez zmian). Leczenie nie spowodowało u chorej żadnych zmian stanu psychicznego. 3) chora W. K. licząca 25 lat, choroba trwa 3 lata, malarję zaszczepiono chorej podskórnie, inkubacja 13 dni, ilość napadów 10, typ napadów mieszany, (trzeciaczka + codzienna) wysokość 39—41°, przerwano zimnicę z powodu osłabienia serca (przed malarją serce bez zmian). U chorej w środku mniej-więcej malarji wystąpiły 2 krotne wymioty w ciągu 1 dnia. W okresie gorączkowym wystąpiła u chorej przejściowa poprawa

w postaci osłabienia autyzmu Po malarji jednak natychmiast nastąpił nawrót stanu przedmalarycznego. U chorej po leczeniu brak poprawy, a choroba wykazuje charakter progressywny. 4) chora M. B. hebefreniczka 33 lat licząca, choroba trwa dopiero 3 miesiące, pacjentka przebyła tylko 4 napady febris quotidiana 39—40°, malarję przerwano z powodu osłabienia serca (przed malarją serce zdrowe). Wynik leczenia negatywny (stan bez zmiany). 5) chora S W lat 47, schizofrenja paranoidalna trwająca już 17 lat, napadów przebyła tylko 5, febris quotidiana 39—40 stop., malarję przerwano z powodu wymiotów, które pomimo przerwania zimnicy i odpowiedniego leczenia, utrzymywały się jeszcze przez 6 *dni* po malarji. Wynik leczniczy negatywny (stan chorej nie zmienił się). 6) chora F. K. lat 34, choroba trwa 11 lat, szczepienie podskórne, inkubacja 15 dni, 4 napady febris quotidiana 40—41 stop., malarję musiano przerwać z powodu wymiotów. Po malarji pogorszenie. 7) chora T. K. lat 45, hebefrenja 8 lat trwająca, malarję przerwano po 11 napadach z powodu wymiotów, które mimo to utrzymywały się jeszcze przez 4 dni po przerwaniu malarji. Po malarji brak poprawy 8) chora I. K. 23 letnia, zachorowała w 15 r. życia, przybyła 8 nieregularnych napadów 38—39,5 stop., malarję przerwano z powodu wymiotów, które trwały przez 11 dni, z tego przez 8 dni po przerwaniu zimnicy. Pozatem u chorej wystąpiły w 17 dni po malarji biegunki trwające 8 dni. Po malarji brak poprawy. 9) chora L H. 28 lat, choroba trwa od 18 r. życia, 11. II. 31. zaszczepiono chorą domięśniowo a 14. II. (!) wymioty przez 1 dzień, zagorączkowała 19. II, malarję przerwano 7. III z powodu wymiotów, przebyła 11 napadów 39—40 stop. oraz 40—41 stop. typu mieszanego. Wymioty 20 (!) i 21. II. po 1 raz tak samo 28. II i 2. III, natomiast 3, 4 i 5 III 2×dziennie, 7. III. 4 razy, 8. III. 2 razy, od 10—13 III. stale kilka razy (5—2) wymioty, a więc jeszcze do 6 tego dnia po przerwaniu malarji (przed malarją pacjentka cieleśnie zdrowa). Podczas malarji ponadto przejściowe pogorszenie w postaci podniecenia psychomotorycznego, po malarji spokojna, ale brak poprawy (bez zmiany). 10) chora F. M 43 letnia, choroba wystąpiła w 23 r. życia, szczepienie domięśniowe, inkubacja 20 dni, malarję przerwano w 8 dniu z powodu żółtaczki, wymiotów i osłabienia serca. Żółtaczka i osłabienie serca ustąpiły szybko, wymioty zaraz po przerwaniu, Chora przed

malarją wykazywała wyrównaną niedomogę serca niewielkiego stopnia. Po leczeniu brak poprawy (bez zmiany). Jak widzimy połowa tych chorych była w wieku powyżej 40 lat, jednak komplikacje występowały też u młodych kobiet, mianowicie trzy chore miały 23, 25 i 28 lat, a dwie chore trzydzieści kilka lat. Na 10 wymienionych 9 było przed malarją zupełnie zdrowych cieleśnie a 1 wykazywała tylko nieznaczne zmiany ze strony serca. We wszystkich tych przypadkach musiano przerwać malarję z powodu powikłań, które występowały albo około 4 dnia malarji albo dopiero około 8 — 10. W 9 przypadkach (na 10) komplikacje utrzymywały się jeszcze pewien czas, zwykle tylko kilka dni, po malarji. Żaden z tych 10 przypadków nie dał po leczeniu poprawy, a 1 wykazał pogorszenie. W 2 przypadkach wystąpiła przejściowa zmiana stanu psychicznego w czasie gorączki mianowicie 1 poprawa i 1 pogorszenie. Obecnie przechodzę do opisania 3 przypadków u których komplikacje wystąpiły dopiero po malarji. Właściwie możnaby zaliczyć je do poprzednich gdyż w poprzednich komplikacje trwały także po ustaniu gorączkowania. Dla przejrzystości podaję te 3 przypadki osobno. Są to: 1) chora F. B 27 lat, przebywa od 7 lat w Zakładzie (czas trwania choroby przed przyjęciem nieznany) W okresie 19 dni przebyła 14 napadów typu mieszanego przeważnie 40° (kilka do 41 stop). Po malarji kilkudniowe osłabienie serca. Brak poprawy po malarji 2) chora I. L. 36 lat, choroba trwa 11 lat, zaszczepiono podskórnie a w 10 dni potem domięśniowo, w 8 dni po 2 giem zaszczepieniu zagorączkowała, przebyła 11 napadów częściowo do 38 stop częściowo 40—41 stop. (w ciągu 14 dni), po malarji wystąpiło osłabienie serca trwające kilka dni, przy końcu malarji wymioty. Brak poprawy po malarji. 3) chora E. B. 30 letnia, choroba trwa 9 lat, szczepienie d mięśniowe, inkubacja 9 dni, 14 napadów febris quotidiana 39 — 40 stop. Na drugi dzień po przerwaniu malarji wymioty 1-dniowe. Po malarji brak poprawy. Powyższe 3 przypadki odznaczały się słabemi stosunkowo zaburzeniami; pozatem nie różnią się od poprzednich 10 przypadków. Z grupy tych 10-ciu chorych chora 3-a wykazała chwilową poprawę chora 9 a chwilowe pogorszenie, w czasie malarji. Ponadto 1 chora (hebefrenja) wykazała przejściowe pogorszenie w czasie zimnicy w postaci podniecenia psychomotorycznego a 2 przejściową poprawę razem więc 2 chwilowe pogorszenia i 3

chwilowe poprawy w okresie gorączkowania. Chora F. F. lat 43, choroba trwa od 29 r. życia, leczenie 12-dniowe (brak poprawy po malarji), w 9-tym miesiącu po leczeniu miała krótkotrwały okres napadów epileptoidalnych, których przedtem ani potem nie miała. Naturalnie napadów tych nie można napewno łączyć przyczynowo z malarją, zwłaszcza gdy wiemy, że napady takie występują niekiedy w schizofrenji. U jednego mężczyzny (32 lat) była krotkotrwała (przejściowa) poprawa. Ostateczne wyniki leczenia malarją 58 przypadków schizofrenji, przedstawiają się następująco:

1) mężczyźni: 3 (16, 5 proc.) poprawy, a 15 bez zmiany.
2) kobiety: 1 pogorszenie, 36 bez zmiany, a 3 (7, 5 proc.) poprawy. Widzimy, że procent poprawy jest 2 razy lepszy u mężczyzn. Ogólny wynik jest: 6 (10, 38 proc.) popraw, 1 (1,73 proc.) pogorszenie, 51 (87, 79 proc.) bez zmiany. W powyższym wyniku nie zostały umieszczone przejściowe pogorszenia (2 kobiety) i przejściowe poprawy (3 kobiety i 1 mężczyzna), gdyż: 1) trwały zwykle tylko kilka dni i to w czasie (4), lub zaraz (2) po malarji: 2) ponieważ chorzy zaraz potem wracali do tego samego stanu, jaki był przed leczeniem malarją, a więc w rezultacie stan pozostał bez poprawy (bez zmiany). Co do wymienionych powyżej 6 popraw, to były to następujące przypadki: I. mężczyźni: 1) Z B., lat 24, chory od roku, zaszczepiony domięśniowo 8 I. 31, gorączkował od 16. I. do 31. I, przebył 13 napadów 40—41 stop, zwolniony 16. 2. 32. 2) D. F., lat 29, zachorował w 16 roku życia, zaszczepiony dożylnie 16. I 29., gorączkował od 24. I. do 28. I. 29, przebył 5 napadów (około 39 stop malarja ustąpiła samoistnie zwolniony 5. VIII 29. 3) T. K.. lat 33, chory już 12 lat, zaszczepiony domięśniowo 6. VIII. 30, gorączkował od 18. VIII. do 26. IX 30, przebył 23 napadów typu gorączki nieregularnego, zwolniony 20, X. 30. II kobiety: 1) T. G., lat 28, przebywa w Zakładzie od 1923 r. (kiedy zachorowała nie wiadomo), 4. I. 29 zaszczepienie podskórne, gorączkowała od 11 I. do 18. I 29, przebyła 8 napadów f. quotidiana 40 stop., oraz 40—41 stop, od 10 I. 31 znajduje się w opiece rodzinnej, prowadzonej przez Zakład. 2) E O, lat 29, w Zakładzie od 1926 r. (odkąd chora nie wiadomo, przedtem była w Tworkach), szczepiona dwukrotnie dożylnie 4. I. i 22. I. 29, gorączkowała od 25. I. do 7. II. 29 nieregularnie, zwolniona 16 VII. 29. 3) L. M.,

ur. 1896 r.. chora od 1923 zaszczepiona domięśniowo 26. XI. 30 gorączkowała od 12. XII. do 23. XII. 30, przebyła 11 napadów f. quotidiana, zwolniona 16. I. 31.

A więc z tych 6 przypadków z polepszeniem tylko 1 był w okresie stosunkowo początkowym (1 rok), gdy u 2 czas trwania choroby wynosił powyżej 10 lat, a u pozostałych 3 powyżej, 5 lat. Ilość napadów była w 2 przypadkach niska, bo 5 i 8, w 1 przyp. wysoka (23), a w 3 przyp. niewiele wyższa od 10. Należy podkreślić, że nie otrzymaliśmy ani jednej remisji w znaczeniu przywrócenia zdolności do pracy, wykonywanej przed chorobą. Poprawy naszych chorych przedstawiały się tylko jako osłabienie nasilenia objawów chorobowych (także autyzmu), wraz z możnością zajmowania się lekkiemi pracami. Czas obserwacji naszej po malarji tych 6 chorych wynosi u mężczyzn: 25 dni, 6 miesięcy i 1 rok, u kobiet: 25 dni, 5 miesięcy i 2 lata (t. zn. do chwili obecnej). Brak nam danych katamnestycznych, odnośnie do przypadków zwolnionych. Gdybym miał stosować się ściśle do wymagań pewnych autorów, to właściwie tylko 2 przypadki (1 mężczyzna 1 rok obserwacji i 1 kobieta 2 lata obserwacji) mógłbym uważać za podpadające pod określenie poprawy, w znaczeniu polepszenia przynajmniej 1 rok się utrzymującego. Powyżej padany wynik leczenia schizofreników malarją w Dziekance, przedstawiający się w ilości 6 popraw na 58 przypadków, czyli 10,38 proc., uważam za bardzo mało pomyślny, a jeżeli uwzględni się, że są to tylko średniego lub małego stopnia poprawy, a tembardziej nie remisje, należy uznać wynik ten za niezachęcający do dalszych prób. Powyższy wynik odpowiada mniejwięcej wynikom Warnera i D'Ormea i Broggi'ego, a jest nieco lepszy od statystyki autorów, którzy nie mieli popraw (patrz str. 8 — 9 tej pracy). Na podstawie powyższych rozważań i wyników nie mogę zalecać malarji, jako środka leczniczego w schizofrenji. Do tego samego wniosku doszedłem odnośnie do epilepsji (zobacz odnośna praca). Jedynie w przypadkach zdrowych cieleśnie, a będących w posuniętym okresie choroby, u których inne sposoby leczenia nie dały wyników, można stosować jako ultimum remedium malarję. Tak więc malarja jest mojem zdaniem środkiem leczniczym mającym znaczenie tylko w psychozach kiłowych. Wszelki nadmierny optymizm, odnośnie do malarji leczniczej uważam na podstawie dotychczasowych doświadczeń Dziekanki (101 przypadków pp. 58 schizofrenji i 13 epilepsji) za nieuzasadniony.

Literatura.

1. Armenise Zentralbl. N. P. T. 57, str. 494. 2. Berkley H. J. Amer. J. Psych. 8, 1928 / 1929. 3. Bianchini i Nardi Zentralbl. N. P. T. 50, Z. 14. 4. Blume Psych. neur. Woch. 1928. Nr. 12, str. 124, — Allg. Z. Psych. 1929. T. 92, str. 61. 5. Bowmann Zentralbl. N. P. T. 55, str. 195. 6. Bertolini Zentralbl. T. 60, str. 344. 7. Bianchi Zentralbl. N. P. T. 60, Z. 11-12. str. 705. 8. Bresowsky Z. Neur. 2. 1911. 9. Camino Zentralbl. N. P. T. 55, Z. 14, str. 825. 10. Carroll Zentralbl. Neur. 36, 1924, — 41, 1925, 11. 11. Claude, Targowla et Lignières, Paris méd. 61, 1926. 12. Czajkowski Zentr. Neur. 48, 1928. 13. Danajeff Zentr. Neur. 34. 1924. 14. Donath Z. Neur. 19, 1913. 15. D'Ormea i Broggi Zentr. N. P. 58 str. 712. 16. Drecker Arch. f. Psych. 89, 1929. 17. Fanser Psych. Neur. Woch. 1931, I, 235. 18. Fenwick i Collingwood Zentr. N. P. 60 str. 96. 19. Fribourg - Blanc Revue neur. 2, 1926. 20. Friedmann D. Z. Nervenheilk. 106, 1928. 21. Galant Mon. Psych. 55 1930. 22. Goria Revue neur. 1, 478, 1928. 23. Granskaja Zentr. N. P. 52 str. 720. 24) Graziani Zentr. N. P. 53, 809. 25. Grimaldi Zentral. N. P. 59 str. 83. 26 Hauber Z. Neur. 24, 1914. 27. Hinsie Zentr. Neur. 47. 1927. 28 Helweg Zentr. N. P. 51, 3 4. 29. Handelsman Warsz. Czas. Lek. 1928, 763. 30) Hoskins i Sleeper Zentr. N. P. 55, 193. 31. Itten Z. Neur. 7, 1911. 32. Jakubowskaja Zentr. N. P. 59, 83. 33. Jaschke Psych. neur. Woch. 1929 I 149. 34. Kahler i Knolmayer Wien. Klin. Woch. 1929 Nr. 42. 35. Kielholz Z. Neur. 34, 1916. 36. Kihn. Die Behandlung der quartären Syphilis mit akuten Infektionen. München 1927. 37. Kleine Med. Welt 1927 Nr. 24. 38. Kairinkstis Zentr. N P. 57, 706. 39. Lafora Z. Neur. 20. 1920 — Encéphale 5, 1927. 40. Lépine Presse méd. 1910, 9. 41. Lindnor Zentr. N. P, 53, 210. 42. Livsitz Zentr. N. P. 55, 613. 43. Loberg Z. Neur. 123, 449, 1930 — Zentr. N. P. 58, 342. 44. Lundvall Z. Neur. 6. 1913. 45. Marcuse i Kallmann Psych. neur. Woch. 1929 Nr. 2. 46. Marie A. Arch. intern. neur. 48. 115. 1929. 47. Mas de Ayala Zentr. N. P, 55, str. 66 — Zentr. N. P. 57. 500. 48. Menninger i Kubitschek Zentr. N. P. 59. 84. 49. Menninger-Lerchenthal Z. Neur. 97, 1925 oraz 107, 1927, — Münch. med. Woch. 1926, 26; — Allg. Z. Psych. 1929, 90; — Z. Neur. 1930, 125; — Zentralbl. Neur. Psych. 60, 1 2, str. 1 — 22 (monografja). 50. Nagéra V. Zentrl. N. P. 50, 681 — 54, 709 — 55, 404 — 57, 211. 51. Nyirö i Petrovich Zentr. N. P. 52, 752. 52. Pascal Presse méd. 1924, 22 — Pascal i Davesne Traitement des maladies mentales par les

chocs Paris 1926 Masson. 53. Plaut i Steiner Z. Neur. 1920, 20. 54. Pini Zentr. N. P. 60, 694. 55. Read Rev. neur. 1917, 32. 56. Reiter Psych. neur. Woch. 1929, 371, — Zentr. N. P. 55, 196. 57. Roncati Zentr. N. P. 52, 720. 58. Rotmann Zentr. N. P. 55. 597. 59. Schiff i Dimolescu Zentr. N. P. 56, 226. 60. Schroeder Zentr. N. P. 56, 227 — Deutsch med. Woch. 1929, 41. 61. Sicco i Fascioli Zentr. N. P. 57, 501. 62 Somogyi Psych. neur. Woch. 20, 1926 63 Sternberg. Zentr. N. P. 51 3-4. 64. Szymański K. Polska Gaz. Lek. 1930, 894. 65. Talice. Zentr. N. P. 52. 724. 66. Thomas Zentr. N. P. 51. 837. 67. Tindinge Zentr. N. P. 53, 710. 68, Tomescu i Rutsu. Zentr. N. P. 57, 500. 69. Verstraeten Rev. neur. 1928, 2. 70. Varenna Zentr. N. P. 55, 813. 71. Vidoni Rass. Studi Psich. 1915. 5. 72. Volcchov Zentr N. P. 61. 107. 73. Wagner-Jauregg Wien. med. Woch. 1926. 3 — 1930. 651 — Deutsch. Z. Nervenh. 1931. 672. 74 Wahlmann Psych. neur. Woch. 48, 1928. 75. Warner Nervenarzt 3. 76. Wartenberg Med. Klin. 20, 1924. 77. Warner Zentr. N. P. 52. 367. 78. Weygandt Wien. Klin. Woch. 47, 1923. 79. Wizel i Markuszewicz Encéphale 9. 1927 — Polska Gaz. Lek. 744, 1928 — Jahrb. Psychiatr. 46, 255, 1929. 80. Bondareff i Worobjeff Zentr. Neur. 34, 1924. 81. Overhamm Zentr. N. P. 58. 64. 82. Mönnich Psych. Neur. Woch. 1931, 425.

Hôpital Psychiatrique publ. de Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

La malariathérapie de la schizophrénie.

Par le Dr. ST. ŚWIERCZEK.

Dans la première partie de son rapport l'auteur passe en revue la bibliographie relative à la pyrétothérapie de la schizophrénie. Le chapitre suivant est consacré à la description de l'évolution de cette thérapie et à la critique de différentes méthodes de traitement. L'auteur fait mention de l'incertitude diagnostique surtout dans les cas initiaux de la schizophrénie. Il souligne aussi le nombre insuffisant d'observations

Dans la deuxième partie l'auteur décrit le matériel schizophrénique traité à Dziekanka par la malaria (40 femmes 18 hommes, pour la plupart de jeunes personnes en bon état somatique — sauf une femme avec une légère insuffisance du coeur). La psychose dura à peu près 5 ans, chez 19 malades plus de 10 ans, chez trois personnes 3,4 et 11 mois. Il y avait des com-

plications comme vomissements et altérations de la circulation (chez 13 femmes et 1 homme). Dans 10 cas le traitement fut interrompu à cause de ces complications. Dans 2 cas l'état des malades empira pendant la cure, chez 3 personnes il s'améliora pour quelques jours.

Le résultat définitif du traitement se présente comme suit: remission = O, amélioration = 6 (10,3 perc.), nul effet = 51 (87,79 perc.), empirement = 1 (1,73 perc.).

C'est pourquoi l'auteur est d'avis que l'on ne doit pas appliquer la malariathérapie aux malades non syphilitiques.

Krajowy Szpit. Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med.Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Odżywianie pacjentów
w Krajowym Szpitalu Psychjatrycznym Dziekanka.

Podał J. CABAŃSKI — Inspektor Szpitala.

Odżywianie w Dziekance dzieli się na dwie kategorje, mianowicie na zwykłe programowe i djetetyczne.

Program pożywienia zwykłego ustala się na cały tydzień dla wszystkich klas t. j. I, II, III. Pacjenci ubodzy (osoby umieszczone w Zakładzie na koszt publiczny) otrzymują takie same pożywienie, jak pacjenci III kl., którzy się leczą na koszt własny, jednakże bez drugiego śniadania i podwieczorku.

Pacjenci zajęci otrzymują prócz pożywienia programowego osobne dodatki w formie drugiego śniadania i podwieczorku. Dodatki te otrzymuje przeciętnie 450 pacjentów dziennie, na ogólną ilość ca 1.080 osób. Pacjenci zatrudnieni pożyteczną pracą, otrzymują nadto 250 gr. chleba, 20 gr. tłuszczu i 150 gr. kiszki wzgl. sera.

Na jedną porcję dzienną pożywienia zwykłego dla chorego składa się przeciętnie:

Klasa	chleb gr	bułek gr	mięsa gr	tłuszczu gr	mleka ltr.	jarzyn gr	krupów gr	ziemniak. gr	mąki gr	kawy gr	cukru gr	herbaty gr	jaj szt.	owoców gr	śmietany gr	śledzi gr	ryb gr	budyniu gr
I	330	200	280	120	0,3	400	150	750	80	30	75	3	2	160	50	—	30	3
II	500	—	280	120	0,3	400	150	750	80	30	70	2	1	120	30	—	5	3
III	500	—	115	85	0,2	400	140	900	60	20	60	2	—	60	18	18	2	3

W czasie świąt i uroczystości pacjenci otrzymują jeszcze 500 gr. placka, albo po 2 pączki, 150 gr. kiełbasy i po 2 wzgl. 1 jajku.

Do niedawna wydawano wszystkim pacjentom w każdy piątek czekoladę w kawałkach, lecz z powodu kryzysu gospodarczego, Zakład był zmuszony zaprzestać wydawanie czekolady, jednakże pacjenci otrzymują ekwiwalent w formie leguminy, wzgl. suszonego owocu.

Pacjenci I. i II. kl. otrzymują codziennie, prócz dni postnych, przeważnie potrawy mięśne, w dni postne rybę, lub potrawy mączne; pacjenci III kl. otrzymywali do niedawna mięso 4 razy tygodniowo, a obecnie, z powodu kryzysu gospodarczego, zredukowano mięso do trzech razy w tygodniu.

Tutejszy Zakład położony jest w okolicy rolniczej, to też przeważna większość chorych pochodzi ze wsi i z tego powodu odżywianie przystosowane jest do zwyczajów ludu wiejskiego. Pożywienie zawiera dużo jarzyn, ziemniaków, chleba i krupów.

Pokarm jest w treści obfity i pożywny, apetycznie przyrządzony. Przed rokiem 1924 porcja dzienna w I kl. przedstawiała wartość 5000 kalorji, w kl. II. 4 — 4700, w kl. III. przeciętnie do 4000 kalorji.

Ponieważ władza nadzorcza monitowała zbyt wygórowane koszty odżywiania pacjentów, które w Dziekance były najwyższe, przeto zredukowano porcje. Obecnie podaje się w I kl. około 4000 kalorji, w kl. II i III 3000—3300. Mimo redukcji ilość pokarmu podawanego chorym w Dziekance jeszcze przewyższa normę zwykłą. Rozumie się, że postulaty djety są w szerokiej mierze uwzględnione.

Djetetyczne pożywienie otrzymują pacjenci, którym lekarze djetę przepiszą. Djeta dzieli się na trzy kategorje, mianowicie na djetę mleczną, djetę tuczącą i djetę specjalną. Djeta mleczna i tucząca jest jednolita dla wszystkich, którym tę djetę lekarz zaordynował. Djeta mleczna, jak wskazuje nazwa, składa się przeważnie z mleka, pozatem zawiera dużo składników mącznych, okraszonych masłem. Pacjenci z djetą tuczącą otrzymują na pierwsze śniadanie ½ litra mleka lub czekolady i bułkę z masłem, na drugie śniadanie ½ l. kawy ze śmietaną i bułkę z masłem, lub jajecznicę (2 jaja) i ¼ l. kawy ze śmietaną oraz bułkę z masłem, na obiad zupę mączną ze śmietaną i 100 gr. mięsa, w dni postne, ziemniaki, ryby oraz mączne leguminy, na podwieczek to samo, co na pierwsze śniadanie, na kolację zupę mleczną i bułkę

z masłem. Djetę specjalną ustala lekarz dla każdego chorego osobno według potrzeby, wypisując odpowiednią receptę kuchenną, w której przewidziane są rozdziały na każdy dzień tygodnia i na każde danie, jak pierwsze i drugie śniadanie, obiad, podwieczorek i kolację, z wyszczególnieniem rodzaju i ilości poszczególnych potraw oraz napojów, które pacjent ze specjalną djetą ma otrzymywać.

Pokarm dla gruźlików zawiera dużo mleka i tłuszczu, dla chorych na cukrzycę potrawy bez cukru, pacjenci fizycznie wyczerpani, którzy ubierają na wadze, otrzymują w większych ilościach pożywienie bardzo urozmaicone, pobudzające apetyt. Także w kuchni przy przyrządzaniu i wydawaniu potraw dla chorych z djetą, stosuje się inną praktykę. Mianowicie pożywienie djetetyczne kuchnia wydaje o każdej porze dnia, gdy pacjent okaże chęć przyjęcia pokarmu, a pożywienie zwykłe w ustalonych godzinach. Pożywienie pacjentów ze specjalną djetą kontroluje się dokładnie w sposób następujący: Prowadzi się osobną kartę, która zawiera imię i nazwisko pacjenta, rozpoznanie choroby, datę ilość i rodzaj przyjętego pokarmu, stolec i wagę pacjenta.

Po każdorazowem karmieniu personel pielęgniarski wpisuje do karty ilość pokarmu przyjętego przez pacjenta.

Dla urzędników i pracowników zakładowych, którzy stołują się w Zakładzie, nie prowadzi się osobnej kuchni; otrzymują oni to samo pożywienie zwykłe odpowiedniej klasy, co pacjenci.

Pod względem technicznym program odżywiania pacjentów dzieli się na kilka etapów.

Program tygodniowy ustala w połowie tygodnia na następny tydzień kucharz i przedkłada takowy inspektorowi Zakładu, który wspólnie z klucznikiem i ogrodnikiem bada program pod względem materjałów spożywczych przewidzianych, które mają być kuchni dostarczone. Jeżeli się okaże, że menu zestawione jest ze składników, których chwilowo brak w spiżarni, wtedy inspektor wykreśla je programu i zastępuje je innemi. Po uzgodnieniu przedkłada się program lekarzowi dozorującemu kuchnię pod względem hygjenicznym i dietetycznym. Zadaniem jego jest zbadanie menu na strawność pokarmu dla większości pacjentów. Jeśli lekarz stwierdzi, że menu zawiera pokarm mało strawny dla niektórych pacjentów, wtedy wykreśla go i zastępuje innym łatwo strawnym.

Po podpisaniu menu przez lekarza i inspektora, program jest zatwierdzony i kuchni nie wolno go samowolnie zmienić.

Stosownie do tego programu, klucznik wypisuje na każdy dzień kartę kuchenną, w której zestawia ilościowo wszystkie materjały potrzebne do przyrządzania potrawy dla jednej osoby i pomnaża to ilością pacjentów odżywiających się w poszczególnych klasach.

Dzienne zestawienie pożywienia (karta kuchenna) zawiera prócz daty następujące rozdziały ułożone w kierunku pionowym: jako nagłówek „pierwsze śniadanie", potem następuje oznaczenie wszystkich klas odżywiania, dalej wszystkich rodzajów djet, przy drugiem śniadaniu powtarza się kolejność wszyskich klas i rodzajów pożywienia, jak przy pierwszem śniadaniu, osobny rozdział przeznaczony jest dla pacjentów pracujących, którym według regulaminu nie przysługuje II śniadanie, lecz którzy takowe otrzymują za to, że są zajęci pożyteczną pracą, wreszcie następuje rubryka „obiad".

Kolejność klas jest tutaj taka sama, jak przy I śniadaniu, przy rubryce „podwieczorek" taka sama jak przy II śniadaniu, przy rubryce „kolacja" taka sama, jak przy obiedzie. Osobny rozdział przewidziany jest dla dyżuru nocnego, dla zaokrągleń cyfr wykazujących ilość artykułów spożywczych i dla zaoszczędzonych artykułów. W kierunku poziomym karta kuchenna zawiera rozdziały następujące: ilość osób odżywiających się, a) urzędników, b) pacjentów. Tutaj wpisuje się ilość osób odżywianych w danym dniu w poszczególnych klasach, potem następuje „określenie menu", dalej rubryka „ilość zapotrzebowania na osobę", do której zapisuje się ilość spotrzebowanych artykułów spożywczych w gramach, przypadających na osobę. Rubryki te są podstawą obliczenia żywności. Następują rubryki z nazwą wszystkich artykułów spożywczych, które kuchnia otrzymuje z magazynu do przyrządzenia potraw. Do rubryki tej wpisuje się liczby uzyskane drogą pomnożenia liczby osób odpowiedniej klasy ilością gramów danego pokarmu (przykład: dla 20 osób I klasy, po 200 gr. mięsa na osobę, potrzeba 4000 gr. mięsa). W ten sposób ustala się ilość wszystkich artykułów, a suma tych liczb określa ogólną ilość materjału spożywczego, które kuchnia ma otrzymać na cały dzień.

Pozatem u dołu karty kuchennej mieszczą się rubryki do kontroli, mianowicie rubryka „ilość odżywianych osób". Zapisuje się tutaj stan ilościowy osób z poprzedniego dnia mężczyzn i ko-

biet urzędników i pacjentów, odżywianych w poszczególnych klasach pozatem jest rubryka, do której zapisuje się przychód i rozchód osobowy w poszczególnych klasach odżywiania, oraz rubryka „pozostałość“. Liczba wykazana w ostatniej rubryce jest podstawą do obliczenia potrzebnych artykułów spożywczych. Dalej następuje rubryka „zmiany“, gdzie wymienia się nazwiska osób przybyłych wzgl. wypisanych, tak urzędników jak i pacjentów.

Na samym końcu poświadcza odnośny urzędnik administracyjny, który kartę kuchenną zestawił, zgodność wyliczenia i kucharz wzgl. kucharka poświadcza odbiór wymienionych w zestawieniu artykułów spożywczych zgodnie z obliczeniem.

Materjał wydaje się z magazynu do kuchni codziennie rano na dzień bieżący.

Oprócz recept kuchennych w specjalnych wypadkach lekarze zapisują dodatki djetetyczne do osobnej księgi, którą przedkłada się conajmniej raz w miesiącu, w razie potrzeby częściej Dyrektorowi, który wspólnie z lekarzami decyduje, komu należy zapisany dodatek dietetyczny pozostawić, a komu skreślić.

Jedzenie przyrządzane w kuchni próbuje codziennie lekarz i urzędnik administracyjny, a Dyrektor Zakładu minimum 2 razy tygodniowo przed wydaniem takowego chorym. Nad prawidłowem zużyciem materjałów spożywczych wydanych z magazynu do kuchni czuwa specjalny kontroler, który w czasie przyrządzania potraw znajduje się w kuchni.

Kuchnia wydaje jedzenie w zamkniętych naczyniach dla każdego pawilonu osobno wydelegowanym pielęgniarzom.

Ze względu na małą odległość środkowych pawilonów od kuchni transport żywności odbywa się ręcznie; do odleglejszych pawilonów przewozi się żywność specjalnemi wózkami.

Pawilony posiadają własne kuchenki, w których żywność rozdziela się na porcje.

Służba pielęgniarska wylewa strawę na talerze i ustawia na stołach w salach jadalnych, gdzie chorzy ją spożywają. Obłożnie chorym stawia się pokarm na stolikach przy łóżkach.

Dawniej podawano obiady dla III kl., w jednem daniu w postaci gęstej zupy, w miskach, jak to jest zwyczaj w wojsku; od roku 1924 otrzymują także pacjenci III kl. obiady, składające się z 3 — 4 dań, podawane na talerzach.

Wszyscy chorzy, z wyjątkiem osób agresywnych i podejrzanych o dążności samobójcze posługują się nożem i widelcem.

W miesiącu styczniu 1932 wynosiły koszty wyżywienia na dzień i osobę:

a) w klasie I	. . . . .	2,45 zł
b) „ „ II	. . . . .	1,65 „
c) „ „ III	. . . . .	1,— „
d) „ „ III b. ubogich	. . .	0,95 „

Ogółem w styczniu 1932 r. było dni szpitalnych 34.941

z tego przypada na porcje zwykłe 31.505

na porcje djetetyczne . . . 3.436

34.041

na chorych umieszczonych w opiece rodzinnej . . 1.488

Dodatków w formie drugiego śniadania i podwieczorku dla chorych, zajętych pracą, wydano 13.950 zł. Na całkowite koszty wyżywienia wydano w miesiącu styczniu 1932, 38.971,28 zł.

Na zakończenie niech mi będzie wolno podziękować p. Dyrektorowi Dr. Piotrowskiemu za przekazanie mi powyższego tematu i za łaskawe udzielenie mi wskazówek i rad przy opracowaniu zadania.

Hôpital psychiatrique Dziekanka — Dir. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI

La nourriture des aliénés à Dziekanka

par J. CABAŃSKI, intendant de l' Hôpital.

L'auteur décrit la technique de préparation de la nourriture des aliénés à Dziekanka et enumère toutes les etapes de la préparation des aliments commençant par la composition du menu, disposition du matériel, distribution en portions individuelles. Il distingue plusieures formes diététiques et respecte les moments de la qualité et de la quantité.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ LEKARSKICH.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 1. lutego 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. LISZKA.

I. P. Gawroński przedstawia: 1) Mężatkę M. M. lat 33, dziedzicznie obarczoną; siostra jej cierpi na epilepsję. W 18 roku życia M. wyszła zamąż, ma 5 dzieci. Starsza córka jest głuptaczką. M. zachorowała 3 lata temu, po 5 porodzie. Chora miała omamy wzrokowe, zwidywała orły, chodzące po podłodze i po suficie w mieszkaniu, była niespokojną, krzyczała, oddalała się z domu. Przy przyjęciu do Zakładu stwierdzono zaburzenia somatyczne w postaci braku prawego odruchu kolanowego i Achillesowego, pozatem habitus phthysicus.

M. ma urojenia prześladowcze, nie chce wymienić imion braci i sióstr, gdyż jest przekonana, że ,,mają ich zabić". Na pytania odpowiada niechętnie, długo się namyśla, przy badaniu jest podejrzliwa, nie pozwala się zbadać, uważając, że jej coś złego zrobią, jada mało, sypia źle, jest naogół spokojna, niekiedy miewa stany podniecenia, wtedy wymyśla na lekarzy, zaczepia otoczenie, żądając zwolnienia do domu. Na konferencji lekarskiej chora nie chce usiąść na krześle; pytana o powód — wyjaśnia: ,,Ja Pana (przewodniczącego) się boję; bo Pan jest Pan Bóg i król, to ja myślę, że mnie Pan zabije". Na pytanie, czy się czuje chorą, odpowiada: ,,Słaba jestem, serce mnie boli". Na pytanie o męża, który przebywa w Niemczech odparła: ,,To jest brat, ja chcę innego męża!". Przyznaje się do omamów słuchowych. Podaje, że do szkoły chodziła tylko ½ roku, w 14 r. życia. Reakcja afektywna chorej jest adekwatna z treścią myślową.

II. P. Liszka demonstruje: 2) ślusarza R. P., lat 22, syna matki umysłowo chorej. R. w miesiącu kwietniu 1928 r. dokonał podpalenia stogu słomy, jakoteż poniszczył nagrobki na cmentarzu. Posterunkowy P. P. w czasie indagacji pojmanego odniósł wrażenie, że tenże jest umysłowo chory, gdyż na pytania odpowiadał niedorzecznie. R. już dawniej był karany za kradzież roweru i za włóczęgostwo. Podczas badania R. ma wyraz twarzy nieco

martwy, maskowaty, odruchy brzuszne niewywołalne, źrenice nierówne, stan podgorączkowy, z powodu gruźlicy lewego szczytu płuca. Badany jest zahamowany, spokojny, niezorjentowany w dacie kalendarzowej i w otoczeniu, nie może skupić myśli, nie rozumie pytań, uśmiecha się tylko. Dr. B. wystawił orzeczenie sądowo-psychjatryczne, rozpoznając u badanego hebefrenję i uznając go nieodpowiedzialnym za swe czyny. R. został zwolniony od winy i kary na zasadzie § 51 k. k. i internowany w D. Obecnie pacjent jest spokojny, uśmięchnięty, dobrotliwy, posłuszny, ma nastrój obojętny. Miewa co wieczór stany podgorączkowe.

Na konferencji lekarskiej badany ma wypieki na twarzy, wzrok rozmarzony, szklisty, jak gdyby się znajdował w stanie zamroczenia, jest jednakże zorjentowany i nie przyznaje się, iżby podpalił stóg słomy.

Następnie p. Liszka przedstawia: 3) robotnika, kawalera, S. A. lat 27. Dnia 16. VI. 1928. S. został uderzony w głowę i stracił na chwilę przytomność, potem wstał i sam udał się do domu. Nie wymiotował. W domu położył sie do łóżka i leżał chory 16 dni. Później chodził do pracy, chociaż miewał bóle i zawroty głowy. Dnia 11. I. 1929 w nocy zerwał się nagle z łóżka, krzyczał, że ma straszny ból głowy; zdawało mu się że go napadają, chciał strzelać. Próbował się kilkakrotnie powiesić. Żonę i dzieci usiłował udusić. Dnia 23. I. 1929 został umieszczony w zakładzie psychjatrycznym.

Badany wykazywał wrażliwość na ucisk głowy w okolicy ciemieniowej i lekkie chwianie się w postawie Romberga, pozatem miał wyraźne zaburzenia pamięci, nie wiedział, jak długo jest w zakładzie (to rok, to dwa tygodnie), mylnie podawał datę kalendarzową uważał, że w maju (nie w czerwcu) miał miejsce napad. Rachował źle, szczególnie nie pamiętał tabliczki mnożenia. Wyraz twarzy był spokojny, apatyczny. Tok myśli był zwolniony, myślenie utrudnione, ociężałe. S. skarżył się na szum w uszach i „ciężkcść“ w głowie.

Dyskusja.

P. Gawroński wskazuje na fakt, że M. M. (I, I) dopiero w 14 r. życia zaczęła uczęszczać do szkoły i wnioskuje stąd, że ma do czynienia w tym przypadku z oligofreniczką cierpiącą na psychozę popołogową, stan podniecenia chorej uważa jako przejaw eretyczny. Tak samo mówca przyjmuje możliwość oligofreni-

cznego zboczenia u badanego R. P. (II 2), czyn podpalenia mógł być wyrazem eretycznego stanu u oligofrenika.

Pan Liszka zaznacza, że u badanego R. P. (II 2) nie ma cech hebefrenicznych, jak wyniosłość, arogancja, zaczepność, złośliwość. Przestępstw w rodzaju podpalenia i włóczęgostwa dopuszczają się również epileptycy w stanie zamroczenia; atoli u badanego nie było drgawek, a charakter jego nie wykazuje cech charakteru padaczkowego.

P. Piotrowski zaznacza, że M. M. I, 1 jest dziedzicznie obarczona i ma córeczkę oligofreniczkę. Najwybitniejszą cechą jej psychozy są urojenia prześladowcze, nieusystematyzowane. Biorąc pod uwagę jej wiek, charakter paranoidalny zaburzeń psychicznych przy zachowaniu osobowości, mówca przyjmuje, że chodzi tu o parafrenję. P. Piotrowski w przeciwieństwie do p. Gawrońskiego odrzuca koncepcję oligofrenji znacznego stopnia np. w rodzaju głuptactwa u R. P. ze względu na fakt, że pacjent skończył 6 oddziałów szkoły dokształcającej i został czeladnikiem. Ewtl. możnaby mówić o bardzo nieznacznym stopniu oligofrenji w postaci debilitas. Debilitas jednakże nie czyni sprawcy zasadniczo nieodpowiedzialnym. Objawy psychotyczne u R. P. wskazują na zachorzenie schizofreniczne.

Pacjent S. A. doznał silnego urazu głowy z utratą przytomności, chorował 16 dni i potem pracował z dolegliwościami, miał bóle i zawroty głowy. Psychoza wystąpiła pół roku później. Ponieważ jednakże pacjent w czasie między wypadkiem a pojawieniem się psychozy nie był zdrów, lecz z powodu wypadku cierpiącym, przeto należy przyjąć związek przyczynowy zachorzenia psychicznego z wypadkiem. Postać choroby należy kwalifikować ze względu na zaburzenia pamięci i ubytki intelektualne, jako pseudodementia posttraumatica.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 8. III. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI. (+)

P. Zajączkowski przedstawia 1) robotnika P. Stanisława, lat 24, który podczas powrotu z Francji, gdzie dotychczas pracował, zachorował, był pomieszany, krzyczał i usiłował wyskoczyć z pociągu. Jego budowa ciała jest silna, odżywienie dobre. Serce

płuca, narządy jamy brzusznej nie wykazują zmian chorobowych. Źrenice są równe, okrągłe, żywo reagują na światło i zbieżność. Odruchy kończyn dolnych są prawidłowe. Patologicznych odruchów brak, tak samo brak zaburzeń czucia. W czasie badany orjentuje się źle, nie zna dnia ani miesiąca kalendarzowego, tylko rok. Wie, że znajduje się obecnie w szpitalu, ale nie wie dlaczego. Na pytanie, czy słyszy głosy, kiwa głową, ale „tak richtig głosów" nie rozumie. Widział rzekomo Matkę Boską, świętych, miewał często lęki i „takie strachy". Oczy pacjenta mają wygląd szklisty, wyraz twarzy jest jakby uśpiony. P. zachowuje się obojętnie względem otoczenia. Na pytania daje odpowiedzi dopiero po namyśle jakby zaskoczony, przyczem silnie mruga powiekami i widocznie usiłuje koncentrować myśli. Mowa chorego jest powolna, zamazana.

Następnie p. Zajączkowski przedstawia 2) robotnika R. Erwina, lat 53, ewangielika. Jego ojciec zmarł w 44 r. życia na apopleksję, matka zmarła w 74 r. z osłabienia, dwie siostry żyją, są zdrowe, dwóch braci zmarło. R. chodził do szkoły od 6 — 16 r. życia, uczył się dostatecznie. Później pracował jako urzędnik kolejowy. W 17-ym r. zachorował na zapalenie płuc. Żonaty od r. 1904, od r. 1914 z żoną nie żyje. Od 1. VII. 1915 do dnia 30. VII 1916 brał udział we wojnie światowej. W r. 1916 był na obserwacji na stacji neurologicznej wojskowej w G., skąd po 11-tu tygodniach został zwolniony jako niezdolny do służby wojskowej. Na obserwacji rzekomo był dlatego, że pewnego razu, wystąpił z szeregu i meldował, że ma 40 lat, więc nie powinien być na froncie, i żądał zwolnienia. Po wystąpieniu z wojska pracował jako woźnica w domu spedycyjnym w B. W r. 1927 w książce „Zurück zur Natur" wyczytał wiadomość, iż w górach Harcu w Turyngji i w okolicy Drezna jest ziemia, mająca siły lecznicze, („Heilerde"), więc zaczął tę ziemię sprzedawać w paczkach, aż do kilku centnarów miesięcznie. Sam napisał odpowiednie ulotki, w języku polskim i niemieckim o leczeniu „ziemią radjo-aktywną".

Badany nie ma IV palca u prawej ręki,nie słyszy zupełnie na prawe ucho (z powodu pęknięcia błony bębenkowej we wieku niemowlęcym), czoło ma bardzo niskie, w tył cofnięte, sztuczną szczękę górną (gutaperkową). Jego stan odżywienia jest dobry. Serce i płuca nie wykazują zmian chorobowych. Ciśnienie krwi jest wysokie, 170 mm Hg. Źrenice są równe, okrągłe, oddziały-

wują prawidłowo na światło i zbieżność Język wykazuje lekkie drżenie. Ataksji niema, (Romberg ujemny). Odruchy kolanowe są żywe, Babińskiego brak, odruchy brzuszne i mosznowe są niewyraźne.

R. podaje swoje personalja dobrze, orjentuje się w czasie, miejscu i otoczeniu; twierdzi, że prześladują go pewne kliki, towarzystwa, przedstawiciele prawa. Badany mówi głośno, z wybitnym, udziałem afektu, oraz szybko; przejął się bardzo treścią książki „Zurück zur Natur". O właściwościach leczniczych ziemi z gór Harcu jest głęboko przekonany. Gdy zakazano mu sprzedawać („Heilerde") ze względów bezpieczeństwa publicznego, R. usiłował ją nadal sprzedawać jako „Farberde", ostatnio nawet jako środek żywnościowy. Na tle powstałych z tego powodu zatargów sądowych, zakorzeniło się u niego przekonanie, iż jest prześladowany przez „przedstawicieli prawa". Siebie samego uważa on za „fenomen" oraz znawcę przyrody, nawet za doktora filozofji, (Doktor der Naturwissenschaften). Już od 1912 r. słyszy głosy, jak tylko jest sam. Pierwszy raz było to w dniu 22. XI. 1912 r. gdy jakiś „fenomen" schwycił go za prawą rękę, wołając: „Erwin, uważaj, czytaj i pisz". Głosy te są dobre i złe. Żona jego lękała się, gdy krzyczał z przerażenia pod wpływem tych głosów. Z żoną żyć nie mógł „przez te głupie rzeczy".

Dyskusja.

P. Piotrowski zwraca uwagę na fakt, że pacjent P. nie orjentuje się dokładnie; ma on oczy szkliste, nierówne, wzrok rozmarzony, zachowuje się obojętnie względem otoczenia, na pytania odpowiada jakby zbudzony ze snu, mrugając powiekami, długo namyślając się, z widocznem usiłowaniem skoncentrowania uwagi, Zachodzi tu stupor afektywny w zamroczeniu. Należy wybadać właściwą przyczynę tego stanu zamroczeniowego, przez dokładne uzupełnienie anamnezy i dalszą obserwację psychjatryczną chorego.

U pacjenta R. mówca wskazuje na dysocjację myśli, jaką znajdujemy w schizofazji. Chodzi tu o schizofazję nie w pojęciu tylko objawu chorobowego, lecz w pojęciu jednostki chorobowej t. j. choroby sui generis, należącej do schizofrenji. Psychoza ta, której główną cechą jest rozszczepienie w mowie, rozwija się powoli.

Omamy, często o dziwacznej treści, mogą występować, lub nie. Władze umysłowe mogą stracić na żywości, ale nie przychodzi

do otępienia. R. jest łagodnie nastawiony, przystępny, gadatliwy, dobrotliwy, sympatyczny, łatwo ulega wpływom otoczenia, jak każdy schizofazyk. Paranoja nie wchodzi tu w rachubę, albowiem chory nie walczy tak ostro w obronie swych rzekomych praw, jakby to czynił paranoik.

P. Zajączkowski w słowie końcowem streszcza swoją opinję w tem, że upatruje w psychozie R. schizofrenję paranoidalną, w zakres której wchodzą też obrazy psychotyczne kwerulantów schizofreników, szukających obrony przeciw jakimś krzywdom urojonym w zatargach ze sądami.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 13. III 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI. (+)

P. Wilczyński przedstawia podsądnego, robotnika S., lat 41, oskarżonego o kradzież rzeczy ruchomych ogólnej wartości 140 zł. i użycie przemocy przeciw okradzionemu przez to, że rzucił na niego siekierą i rozbił mu kijem latarkę. S. pochodzi z rodziny nieobarczonej dziedzicznie chorobami psychicznemi. Na wojnie brał udział od 1914 — 1917 r. i został raniony granatem w głowę, wskutek tego leżał w szpitalu; jak długo, nie pamięta. Na czaszce na granicy między kością skroniową lewą, ciemieniową lewą i potyliczną stwierdza się ubytek w powłoce kostnej o szerokości 4 mm., długości 2 cm., zaś na kości skroniowej lewej w pobliżu kości ciemieniowej i czołowej zagłębienie w kości długości 2 cm., szerokości 3 mm. Narządy wewnętrzne badanego nie wykazują zmian chorobowych. W-a we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym niema. Ciśnienie krwi 130 mm. rtęci, puls 102 na minutę. Badany nie słyszy na lewe ucho. Źrenice są równe, okrągłe, oddziaływają normalnie na światło i zbieżność. Powieki drżą od czasu do czasu, tak samo wyciągnięte palce; odruchy kolanowe, achillesowe, brzuszne i mosznowe są żywe; daje się zauważyć chwianie się w pozycji Romberga, występuje dermografja. S. orjentuje się w czasie, miejscu pobytu i otoczeniu, natomiast nie wie, że jest oskarżony i dlaczego znajduje się w Zakładzie. Urojeń i omamów nie przejawia. W swoich odpowiedziach, nawet na bardzo proste pytania, ogranicza się do stereotypowego „nie wiem". Nie patrzy w oczy pytającemu. W sprawie kradzieży

stale odpowiada, że nic nie ukradł i nie wie, dlaczego oddany został do Zakładu.

Następnie p. Wilczyński przedstawia 2) posądnego K., lat 25, oskarżonego o współudział w kradzieży. Ojciec jego był pijakiem. Po ukończeniu szkoły powszechnej K. chodził do szkoły wydziałowej; później był ślusarzem, inkasentem, nauczycielem pływania. Służył w wojsku od 1917 do 1923 r., był na wojnie zasypany i leżał w szpitalu nieprzytomny, rzekomo przez 15 miesięcy. Miał być karany za uderzenie oficera, lecz po zbadaniu przez lekarza zwolniony od kary jako umysłowo chory. W r. 1920 chorował na biegunkę krwawą; rzekomo zażywał morfinę po kilka razy w tygodniu „dla uspokojenia nerwów". Budowa ciała badanego jest wątła, odżywienie podupadłe. Na głowie, na prawym i lewym policzku, na górnej wardze, K. ma blizny, na skórze piersi, brzucha, kończyn dolnych tatuowania, przeważnie treści pornograficznej. Wypuk płuc jest jasny. W okolicy międzyłopatkowej słychać pojedyńcze świsty. Tony serca są czyste. Narządy jamy brzusznej nie wykazują zmian chorobowych. Źrenice są równe, okrągłe, reagują na światło i zbieżność. Odruchy spojówkowo rogówkowe, gardłowe są zachowane. Odruchy kolanowe, ścięgniste, brzuszne i mosznowe wzmożone. Stwierdza się lekkie chwianie się badanego w pozycji Romberga, drżenie wyciągniętych rąk i drobnofaliste drżenie języka. Odruchów Babińskiego i Piotrowskiego niema. W. we krwi i płynie mózgowo - rdzeniowym jest ujemny. S. orjentuje się w czasie, miejscu i położeniu swojem. Na pytanie. dlaczego się znajduje w zakładzie odpowiada, że miał popełnić kradzież i z tego powodu został przez policję odstawiony do Zakładu. W jaki sposób dokonał kradzieży pieniędzy, badany nie umie wytłomaczyć. Nie pamięta „nic" jak się to stało, bo „po kilku kieliszkach wódki nic nie pamięta i nic nie wie". Na pytanie, czy kradzież odbyła się tak, jak to opisał jego wspólnik w kradzieży odpowiada, że będzie mówił „tak". S. jest bardzo pobudliwy, okazuje dużo niepokoju wewnętrznego, chwilami robi wrażenie symulującego, dając niedokładne odpowiedzi na niektóre proste pytania.

Dyskusja.

P. Piotrowski zaznacza, że podsądny S. nie wykazuje żadnych objawów ostrego lub przewlekłego zachorzenia psychicznego, lub epileptycznego z wykluczeniem wolnej woli. Jego twier-

dzenie, że nie pamięta, jako przejaw czysto subjektywny, nie dowodzi chorobowych zaburzeń psychicznych. Z powodu doznanego urazu w głowę na wojnie S. jest nerwowy i może nawet mieć zaburzenia pamięci, atoli to niewystarcza, aby go zakwalifikować jako niepoczytalnego psychicznie chorego. W przypadkach podsądnego K. należy zbadać okoliczności, w jakich wymieniony popełnił czyn karalny, mianowicie trzeba uzupełnić anamnezę objektywną, ewetl. przy pomocy sądu na okoliczności, czy podsądny w chwili krytycznej był pijany i w jakim stanie pijaństwa się znajdował, wziąć pod uwagę ewentualny stan zamroczenia alkoholowego. Zaleca się badanego podać próbie alkoholowej najprzód fingowanej, później rzeczywistej. Jego niedokładne odpowiedzi na proste pytania mogą być wyrazem symulacji lub objawem Gansera. Te dwie rzeczy czasem trudne są do rozróżnienia. Biorąc pod uwagę osobowość podsądnego dochodzi się do wniosku, że K. jest emocjonalnym psychopatą, który nie znosi alkoholu. Pod wpływem ostrego zatrucia wyskokiem, łatwo mu przyszło brać udział w kradzieży. Zamało jest jednak danych, aby już na podstawie niedostatecznego tego materjału wydać ostateczne orzeczenie o poczytalności podsądnego, lub jego niepoczytalności w czasie dokonania kradzieży. Orzeczenie ostateczne można odłożyć do głównej rozprawy i wydać je po przesłuchaniu świadków na okoliczność zachowania się podsądnego w czasie krytycznym.

P. Wilczyński w słowie końcowem podnosi. że u podsądnego S. nie istnieją żadne zaburzenia psychiczne, ani przewlekłe, ani ostre, jak np. psychoza manjakalno depresyjna, intoksykacyjna infekcyjna, przemijające chorobowe zaburzenia psychiczne w rodzaju zamroczenia. Stan psychiczny, który oskarżony wykazywał w czasie badania psychjatrycznego, kwalifikuje się jako zwyczajne przygnębienie, czyli depresja, powodowana przez przykre jego położenie, reakcja ta jednakże jest normalną, a nie chorobową. S. z powodu urazu głowy, jakiego doznał podczas wojny światowej, jest człowiekiem nerwowym, o czem świadczą jego skargi na bóle głowy, łatwa pobudliwość serca, drżenie powiek i rozstawionych palców rąk, występowanie śladów czerwonych po zarysowaniu skóry, oraz wzmożene odruchy ścięgniste; wskutek tego jest on skłonny do stanów depresyjnych.

STRESZCZENIA I OCENY.

M G. HEUYER i MLLE SERIN: Les troubles du caractère au début de la démence précoce. (Zaburzenia charakteru w przebiegu dementia praecox). Annales Médico-Psychologiques — Juillet 1930.

Autorzy są zdania, iż charakter człowieka jest konstytucjonalnym, jest produktem dziedziczności poprzednich generacyj i w ciągu życia nie ulega zmianie jakościowej, tylko ilościowej. Jedynie pewne warunki patologiczne mogą spowodować zmianę charakteru, jak np. choroby infekcyjne, neurologiczne, wstrząsy psychiczne itp., między innemi również dementia praecox. W dementia praecox stwierdza się następujące charakterystyczne zaburzenia charakteru.

1. Kontrast w charakterze osobnika w okresie chorobowym z okresem przedchorobowym.

2. Nienawiść do jednego z członków rodziny, którego poprzednio otaczał szczególną czułością.

3. Nierozsądna i niedoprzewidzenia impulsywność, objawiająca się często w oporze czy w agresywności w stosunku do otoczenia.

4. Czyny antysocjalne, stojące w sprzeczności z moralnością osobnika przed chorobą.

Powyższe zaburzenia charakteru rozwijają się na podstawie rozdźwięku intelektualnego, efektywnego i pragmatycznego. Pamięć pozostaje nietknięta, lecz rozumowanie chorego jest dziwaczne i nielogiczne, twierdzenia stereotypowe i wypowiadane bez przekonania. Występują rozszczepienia intelektualne, objawiające się niekiedy nieuzasadnionemi wybuchami śmiechu i grymasowaniem. Autorzy różniczkują zaburzenia charakteru u schizofrenika z zaburzeniami wrodzonemi lub powstałemi na tle innych chorób psychicznych.

1) Zboczenia instynktu istnieją od najwcześniejszego dzieciństwa. Osobnik inteligentnie i z premedytacją stara się celowo sprawić otoczeniu cierpienie, a czyny jego zawsze są związane z osięgnięciem korzyści dla siebie. Impulsywność występuje

rzadko i zawsze ma swe granice. Schizofrenik również może popełnić czyny impulsywne, które jednak nam się wydają nieuzasadnione i niecelowe i są bez oznak inteligencji i przemyślenia. Osobnik ze zboczeniami instynktu dyssymuluje zręcznie, kłamie świadomie i stara się ukryć wady swoje, podczas gdy u schizofrenika rzecz się ma odwrotnie, lub jeśli mówi nieprawdę, to w formie konfabulacji a nie w celu oszukania kogoś.

2) *Zaburzenia charakteru u epileptyków.* Najważniejszą cechą jest impulsywność uzasadniona, lecz niewspółmierna między przyczyną a wybuchem gniewu. Po czynie chory wykazuje żal, a nie bierną obojętność lub cynizm schizofrenika.

3) *Zboczenia poencefalityczne* w niektórych przypadkach mogą przedstawiać trojakiego rodzaju obraz: po pierwsze podniecenia hypomanjakalnego z bezsennością, niepokojem, nadmierną wesołością; po drugie czynów impulsywnych. Poencefalityk po dokonanym czynie wykazuje żal, podobnie jak to widzimy u epileptyków, jednak natychmiast po odebraniu kary lub przyrzeczeniu poprawy powtarza ten sam czyn karygodny.

W trzeciej odmianie zaburzenia podobne są do wrodzonych zboczeń instynktu czyny tutaj jednak nie są wynikiem prawdziwych przemyślonych perwersyj, lecz polegają na nagłych i niedających się przezwyciężyć inpulsach.

4) Zdarza się, iż w pewnej liczbie przypadków konstytucja cyklotymiczna objawia się okresami, w których osobnik popełnia różnego rodzaju przestępstwa. Stan intelektualny jest zupełnie normalny, a w przerwach między okresami podniecenia osobnik nie wykazuje żadnego rozdźwięku intelektualnego afektywnego, ani pragmatycznego.

Patogeneza. Autorzy są zdania, że należy za pomocą psychoanalizy szukać traumatyzmu afektywnego, najczęściej pochodzenia seksualnego w okresie dojrzewania płciowego. Autorzy nigdy nie skonstatowali wybuchu dem praecox u osobnika z konstytucjonalnym charakterem schizoidnym. Zaburzenia występowały dopiero w okresie dojrzewania płciowego. Utratę kontaktu życiowego z rzeczywistością, autorzy nie uważają za przyczynę choroby, lecz tylko za cechę i to niespecyficzną dla dem. praecox Autyzmu autor również nie zalicza do przyczyn, tylko do jednej z cech choroby. Niema jeszcze dostatecznych dowodów infekcyjnego lub toksycznego pochodzenia choroby.

Autorzy w tym względzie mogą tylko podać ciężkie obciążenie dziedziczne, które też nie jest wystarczające dla wytłumaczenia powstania dem. praecox, jedynie tłumaczy pojawienie się zaburzeń charakteru, podobnych do poencefalitycznych.

Streściła Dr. STEJKOWSKA — Dziekanka.

Prof. HENRI CLAUDE: Schizomanie à forme imaginative. (Schizomanja w postaci wyobrażeniowej). L'Encéphale Nr. 10. Décembre 1930.

Poszczególne elementy, składające się na urojenia są przeważnie tak ze sobą powiązane, iż trudno powiedzieć, który z nich dominuje, n. p. halucynacje, interpretacje, czy wyobrażenia. W niektórych jednak urojeniach na plan pierwszy wysuwa się imaginacja. Autor podaje jako przykład dwie obserwacje.

Pierwsza chora, dziecko opieki społecznej, od młodości czuje się samotną i poszukuje trwałego przywiązania uczuciowego. Nawiązuje ona przelotne miłostki, nie znajdując zadowolenia, przerywa sobie ciążę bez zbytniego przejęcia się czynem. Po licznych rozczarowaniach podświadomie szuka kompensacji niespełnionych pragnień i odżywa w jej wyobraźni dziecko, jako symbol obiera sobie lalkę. Chora czuje się matką i troskliwie opiekuje się i żyje dla urojonego dziecka.

Druga chora z powodu nastawienia paranoidalnego od dzieciństwa czuje się źle, uważa się za mniej kochaną przez rodziców i krewnych od rodzeństwa, ucieka w świat marzeń i wytwarza z czasem urojenie imaginacyjne, iż pochodzi z rodziny szlacheckiej, gdzie jej było bardzo dobrze, a skąd nieznany mężczyzna uprowadził w wieku trzech lat i oddał na wychowanie do ludzi, którzy chcą być jej rodzicami.

Obie chore, niezadowolone z rzeczywistego stanu rzeczy, uciekają do świata marzeń, wyobraźnia wytwarza u nich urojenia, do których dostosowują następnie swoje zachowanie. Taka kompensacja ideo-afektywna jest ucieczką przed rzeczywistością i realizowaniem świata wyobrażeń, powoli nagromadzonych w świadomości i podświadomości i występuje stale u szeregu chorych, jak psychasteników, histeryków, paranoików, a zwłaszcza u osób o konstytucji schizoidnej, żyjących przeważnie swojem życiem wewnętrznem.

U pierwszej chorej autor konstatuje stan schizoidny, połączony ze stanem przygnębienia bez kompletnej utraty orjentacji

rzeczywistości. U tego rodzaju chorych lekarz może zbadać genezę urojeń, i psychoterapja może tu dać dobre wyniki. Druga chora, osoba 65 letnia, cierpi na stan schizomanjakalny i wyjawia urojenia o charakterze paranoidalnym, bardzo ustalone, oraz wykazuje brak świadomości realistycznej. U tej chorej psychoanaliza nie jest w stanie wykryć genezy kompensacji ideo - afektywnej, a psychoterapja pozostaje bezskuteczna.

Streściła Dr. E. STEJKOWSKA — Dziekanka.

GUILHEM TEULIÉ : La schizophasie — (Schizofazja). Annales Médico — Psychologiques. Février 1931. Nr. 2 et 3.

Mowa jest najdoskonalszym wyrazicielem myśli ludzkiej, dlatego też badanie mowy u psychicznie chorych posiada bardzo ważne znaczenie. Autor niniejszej pracy zajmuje się dokładną analizą zaburzeń mowy w dementia praecox. Każdy ubytek w inteligencji człowieka pociąga za sobą w równym stopniu ubytek mowy; otępienie psychiczne wyraża się w końcu niezbornością mowy. Różnego rodzaju choroby psychiczne, kończące się otępieniem, wywołują niezborność mowy, n. p. otępienie starcze, choroby na tle naczyniowem, nerwowem i toksycznem, również dementia praecox. Różne są zaburzenia mowy w poszczególnych chorobach w stadjach początkowych. W przebiegu otępienia starczego spostrzega się następujące fazy:

1) mowa normalna,
2) parafazja (pomieszanie słów),
3) żargon (mieszanie i zniekształcanie słów),
4) niezborność.

Inaczej rozwija się niezborność mowy w dementia praecox, do której autor zalicza: schizofrenję, hebefreno katatonję, parafrenję Kraepelina. Najłatwiej można zbadać zaburzenia mowy w dem. praecox paranoides, trudno u hebefreno - katatoników, z powodu niechęci tych chorych do mówienia, jak również u parafreników z powodu niedokładnej jeszcze klasyfikacji tej jednostki. U chorych na dementia praecox paranoides mogą zajść trzy możliwości:

1) Brak zaburzeń mowy, co najczęściej zdarza się tylko w początkowym okresie choroby.
2) Używanie neologizmów, co również rzadko występuje.
3) Schizofazja, charakterystyczna dla dementia praecox.

Pfersdorff opisywał już schizofazję. Mowa ta jest niezrozumiałą dla słuchaczy, z powodu indywidualnego grupowania słów i nowych zwrotów, przyczem chorzy mogą używać słów zwykłych i tylko mało, lub wcale nie wtrącają neologizmów. W początkowych okresach choroby, chorzy niezawsze się posługują tym patologicznym językiem. Przeważnie pierwsze zwroty rozmowy są prawidłowe, dalsze już patologiczne. Im dalej posunięta jest choroba, tem krótsze są zdania prawidłowe. Schizofazja występuje wyraźnie przy rozmowie na temat urojeń chorego. Niektórzy badacze są zdania , że daleko posunięta schizofazja jest mową automatyczną, t. j. bezsensownem wymienianiem poszczególnych słów. Guni, również autor niniejszej pracy, nazywają schizofazję raczej mową pseudoniezborną, gdyż tylko napozór jest ona dla słuchacza bezsensowną, a w rzeczywistości chory w ten sposób wyraża swoje myśli, zwłaszcza urojenia. Autor szczegółowo analizuje pseudoniezborność schizofazyczną i opisuje najważniejsze cechy: I. objawy mowy automatycznej Pfersdorffa i II interpretację filologiczną.

Do I należą a) objawy ubytkowe: zaburzenia składni prostej, jak: brak, lub przestawianie słów lub używanie tylko ułamków wyrażeń, niepotrzebne powtarzanie pewnej kategorji słów, używanie jednych słów w znaczeniu innych. Zaburzenia składni złożonej: przestawianie zdań, wtrącanie zdań bez związku z poprzedniem.

b) objawy czynne:

Neologizmy, paralogizmy, stereotypje słowne, powtarzanie niektórych słów we wszystkich zdaniach, przytaczanie dosłowne rozmów słyszanych, lub czytanych.

Objawy a) ubytkowe dominują w okresie otępienia prawdziwego, objawy b), czynne charakterystyczne są dla okresów wcześniejszych u chorych podnieconych z pozornym ubytkiem myślowym (manjacy, hebefreno-katatonicy).

II. Interpretacja filologiczna może być różnorodna:

1) tłumacząca charakter słowa, np. ręka — die Hand, piąty — 5. paźdź. rękę ucięto na św. Józefa.

2) tłumacząca fonetycznie dane słowo: np. Janie — ja nie.

3) tłumacząca oddzielnie litery np. *a* oznacza Adam, Abel, Anglik, Ameryka, też się zaczyna na a.

4) bezsensowna (przy otępieniu właściwem).

Ewolucja schizofazji przechodzi 3 okresy:

I. Zmanierowanie mowy: paralogje, stereotypje, dziwaczne wyrażanie się, odpowiedzi „na wiatr".

II. Pseudoniezborność mowy, występująca tem wyraźniej, im choroba jest dalej posunięta i chory bardziej wzruszony i zainteresowany tematem, n. p. urojeniami. W tem stadjum najwyraźniejszą jest interpretacja filologiczna.

III. Niezborność mowy, zaczynająca się od interpretacji bezsensowej, w końcu chory mówi same słowa, nie wyrażające żadnej myśli. Zaburzenia organiczne mowy są w schizofazji łatwo stwierdzalne; trudniej jest stwierdzić „ucieczkę" mowy, niezborność prawdziwą i pseudoniezborność. „Ucieczka" mowy charakteryzuje się przez a) przewagę objawów czynnych, mowy automatycznej, b) małe zaburzenia, lub brak ich w treści pisanej. Niezborność prawdziwa wykazuje a) przewagę objawów ubytkowych mowy automatycznej, b) zaburzenia treści pisanej w tym samym stopniu, co mówionej. Pseudoniezborność posiada w jednakowym stopniu zaburzenia aktywne i ubytku mowy, interpretację filologiczną, oraz te same zaburzenia w piśmie.

Autor przytacza jedną z teoryj patogenezy schizofazji: między myślą a mową istnieje jeszcze jedna funkcja pośrednia — analiza idei, przyswajanie elementów językowych do danej myśli i syntezy tych elementów, tak zwana semantyka. U schizofreników semantyka jest uszkodzona, gdyż istnieje niezdolność do formowania myśli swojej w symbole, brak jest kontroli myśli nad słowami. Odgrywa tu rolę czynnik psychogenny dyzlogiczny i dyzfazyczny.

Streściła Dr. STEJKOWSKA — Dziekanka.

G. MARINESCO, ST. DRAGANESCO i D. VASILIU. Nouvelle maladie familiale caractérisée par une cataracte congénital et un arrêt du developpement somato — neuro — psychique. (Nowa choroba rodzinna, cechująca się wrodzoną zaćmą, oraz zatrzymaniem rozwoju somato-neuro-psychicznego). L'Encéphale, 1931 Février.

Autorowie przedstawiają badanie rumuńskiej rodziny wieśniaczej, w której u większości członków, stwierdzili zmiany, określone w tytule.

Rodzice nie używali alkoholu, nie mieli syfilisu, ani roniania lombardzkiego, nie są spokrewnieni.

W dalszej rodzinie nie zdarzył się dotąd wypadek wspomnianej choroby.

Matka na 10 ciąży, urodziła dziewięcioro dzieci, z których troje umarło.

Pierwsze i siódme dziecko są zdrowe.

Reszta cierpi na zaćmę i niedorozwój somato - neuro - psychiczny.

Chore dzieci są w wieku 18, 17, 8 i 4 lat.

Mniej więcej od drugiego roku zdolność widzenia podupada, w czwartym roku zupełnie się zatrzymała.

Rozwój umysłowy tych czworga dzieci nie odpowiada normie. Zdolność mówienia wystąpiła dopiero około czwartego roku życia i to w stopniu bardzo ograniczonym. Umiejętność chodzenia przyszła bardzo późno i nie jest doskonałą. Chore dzieci bez względu na wiek, wykonują ruchy niepewne i chodząc opierają się o ścianę.

Wygląd chorych pozwala oceniać ich wiek na połowę istotnej ilości lat.

Budowa ciała nie objawia szczególnych zboczeń. Uwydatnia się pewna deformacja krzywicza mostka. Podudzia wywołują wrażenie obrzękłych. Dynamometryczna siła kończyn jest zmniejszona. Nerwy czaszkowe nie wykazują zmian. Lekką niestałość poziomą gałek ocznych można odnieść do ataksji na tle braku funkcyj.

Twarze dzieci nie mają wyrazu. Postawa niektórych dzieci przypomina obraz katatonji. Odruchy ścięgniste i okostnowe są prawidłowe, lub żywsze. Stawy znajdują się w stanie hypotonji. Wrażliwość dotykowa cieplna, bólowa nie jest zaburzoną.

Psychicznie dzieci przedstawiają zahamowanie w stopniu głuptactwa.

U przedostatniego dziecka, 8 letniej dziewczynki, dokonano trepanacji płata czołowego prawego: Po nacięciu opony twardej, ukazał się drugi zwój czołowy powiększony i obrzękły. Do badania wycinka zastosowano metody Golgi'Cajal, Rio-Hortega i barwienie thioniną. W jednej z warstw znaleziono komórki Cajal'a, które w tym wieku nie powinny już istnieć. Komórki nerwowe miały wygląd prawidłowy, rozsiane były zbyt *rzadko*. — Substancja jądrowa czyni wrażenie przewlekłego zaniku. Spotyka się dwa rodzaje komórek tak jak w grudkach Nissla: jasne i ciemne Wymiary komórek są zbyt duże, wskazywałyby na gigantocytozę

starczą. Włókna osiowe są w swej strukturze myelinowej zachowane, występują rzadziej. Zaznaczona degeneracja lipoidalna wskazywałaby na procesy autolityczne (inwolucja starcza). Naczynia wszystkich warstw, posiadają błonę dodatkową zgrubiałą.

Ogólny obraz anatomo patologiczny przemawia raczej za procesem degeneracyjnym (zanik przewlekły), niż za sprawą zapalną. To zmniejszenie ilości włókien, tłomaczyłoby zaburzenia umysłowe. Zachowana cytoarchitektura sprzeciwia się przypuszczeniu encefalopatji egzogennego pochodzenia.

U całej rodziny wykonano reakcję Bordet — Wassermanna i Meinicke'go z wynikiem ujemnym.

U wszystkich wykazano hypokalcemję krwi.

Autorowie sprowadzają chorobę do spraw wewnątrzwydzielniczych gruczołów przytarczycznych. Wpływ wydzielania dokrewnego na powstanie katarakt jest w nauce potwierdzonym. Istnieje też związek krzywicy z dysthyreoidyzmem czy tetanją. Eksperymentalnie wywołano zaćmę przez usunięcie gruczołów przytarczycznych względnie podając pożywienie bez fosforu, bez witaminów i bez tłuszczu. Zaburzenie wzrostu należy też odnieść do dysfunkcji wydzielniczej. Niedorozwój umysłowy stoi napewno w związku z zaburzeniami wydzielania dokrewnego. System sympatyczny byłby tu czynnikiem wyzwalającym. Stosunkowo dość znaczny odsetek zaćm, przypada na idjotów. Jako przyczynę całego zespołu można przyjąć awitaminozę na tle wadliwego pożywienia.

Streścił Dr. J. WIELAWSKI — Dziekanka.

Prof. HENRIQUE ROXO: Le Traitement des délires systematisés hallucinatoires. (Leczenie systematyzowanych urojeń halucynacyjnych). L'Encéphale. Mars 1931, Nr. 3.

Autor rozróżnia dwie grupy urojeń usystematyzowanych: bez halucynacyj (paranoia i stany paranoidalne) i z halucynacjami (psychoza halucynacyjna chroniczna, urojenia okresowe u degeneratów, parafrenja, niektóre przypadki dementia praecox, urojenia w psychozie alkoholowej, u oligofreników, w psychozie inwolucyjnej). Autor wyjaśnia patogenezę urojeń usystematyzowanych z halucynacjami. Halucynacja jest projekcją nazewnątrz obrazu, powstałego w mózgu naskutek podrażnienia odpowiedniej części

sensorycznej kory mózgowej. Czynnikiem drażniącym może być większy dopływ krwi, mniejszy odpływ płynu mózgowo-rdzeniowego, zmiana osocza krwi, proces autointoksykacyjny, lub toksykoinfekcyjny. Leczenie powinno więc mieć na względzie powyższe czynniki patogenetyczne. Tinel stosuje następującą metodę: w ciągu 10 dni chory otrzymuje codziennie po 1,0 gr. natr. salicylici dożylnie, w następnych 2 tygodniach jeden zastrzyk co drugi dzień, następnie serję injekcyj novarsenobenzolu. Autor niniejszej pracy często otrzymywał tą metodą bardzo dobre wyniki, pewniejsze jednak przy stosowaniu atropini valerianici w dawce 0,00025 na 1 cm^3. Autor podaje prawie 100 proc. dodatnich wyników leczniczych, zwłaszcza w przypadkach okresowych urojeń u degeneratów. Korzystnie działają: prądy o wysokiej częstotliwości, niebieskie światło, pijawki na okolicę wyrostków sutkowych, preparaty jodowe, płynne ekstrakty z Rhizoma Cimcifugae racemosae, Veratrum album, Casemiroa edulis.

Poleca się również terapję zajęciową, w innych przypadkach odpoczynek w łóżku. Dobrze działają letnie natryski z zimnemi oblewaniami podudzi. Pożyteczna jest psychoterapja. Najlepsze wyniki jednak oddaje wyżej wspomniany walerjanat atropiny. Mechanizm działania jest następujący: atropinum valerianicum powoduje skurcz naczyń krwionośnych mózgu, zwłaszcza w płatach skroniowych i potylicznych, następuje niedokrwistość i ustępowanie halucynacyj.

Streściła Dr. STEJKOWSKA — Dziekanka.

A. STIEF: Sur la question des types constitutionnels dans le tabes dorsalis (o typach konstytucjonalnych przy wiądzie rdzenia) L'Hygiène mentale, Juin 1931 Nr. 6.

Wśród syfilityków mała tylko liczba zapada na wiąd rdzenia, stąd liczne są badania nad specyficznym czynnikiem etiologicznym wiądu rdzenia. Teza „Kiły nerwowej“ (neurotropizm spirochet) nie jest jeszcze udowodniona. Są przypuszczenia, że różne zewnętrzne czynniki mogą wpłynąć na powstanie wiądu rdzenia n. p. sposób życia, zawód i t. p., gdyż spostrzeżenia wykazały, że wiąd rdzenia z zanikiem nerwu wzrokowego rozwija się przeważnie u ludzi, których zawód wymagał natężenia siły wzroku, natomiast wiąd rdzenia dolny (bez zaniku nerwu wzrokowego) atakuje zwykle osoby, które dużo chodzą. Sporne są zdania co do roli

alkoholizmu i niedostatecznego lub zbyt intensywnego leczenia kiły. W ostatnich czasach zwrócono ponownie uwagę na rolę konstytucji u metasyfilityków.

W roku 1912 R. Stern z kliniki Noordena w Wiedniu wydał monografję na temat typów konstytucjonalnych u paralityków i tabetyków. Klasyfikując typy konstytucjonalne chorych sposobem Kretschmera, Stern wykazał na 87 badanych tabetykach: 36 asteników, 29 dysplastyków, 9 atletyków i 13 pikników.

Autor referowanej poniżej pracy czynił swoje badania nad 105 tabetykami, znajdującymi się w klinice neurologicznej i psychjatrycznej w Szegedzie od 1921 — 30 r. oraz nad 200 tabetykami ambulatoryjnymi. Dokonywał pomiarów podług schematu Martiniego: notował wagę, wzrost, obwód klatki piersiowej, odległość między wyrostkami barkowemi, szerokość bioder, najmniejszy obwód brzucha i t. d., następnie obliczał wskaźnik szerokości tułowia, wskaźnik Pigneta i Lehnhoffa. Przy powyższych pomiarach uwzględnił również o ile możności konstytucję przedchorobową oraz czynniki, mogące wpłynąć na wtórne zmiany, n. p. wyniszczenie organizmu przy morfiniźmie, crises gastriques i t. p.

Autor badał tylko mężczyzn, gdyż kwestja konstytucji kobiet nie jest jeszcze rozwiązana i dane Kretschmerowskie dotyczą przedewszystkiem mężczyzn. Wyniki badań autora zgodne są z wynikami Sterna mianowicie: u tabetyków o wiele, częściej spotyka się typ asteniczny aniżeli pikniczny. Czy więc astenicy mają predyspozycję do wiądu rdzenia? Kretschmer, rozpatrując wyniki badań Coerpera, Huecka, Emmericha i Gruhlego nad konstytucją ludzi normalnych, dochodzi do wniosku, że normalnie zachodzi następujący stosunek różnych konstytucyj: pikników 20 proc , leptosomów i asteników razem 40-50 proc. dysplastyków 5—10 proc. Tak więc w tabes dorsalis reprezentowane są najróżnorodniejsze typy konstytucyjne, które procentowo się pokrywają z konstytucjami u ludzi zdrowych. Jeśli chodzi o taboparalityków to występuje typ pikniczny (38 proc.); również paralitycy wykazują znacznie większą odsetkę typu piknicznego w porównaniu z odsetkami pikników wśród ludzi zdrowych. Objawy wiądu rdzenia u typu piknicznego i astenicznego nie wykazują różnic. Z pośród 18 paralityków z atrofją nerwu wzrokowego było 13 pikników, a tylko

5 asteników. Ciekawe byłyby badania nad właściwościami nerwu wzrokowego u różnych typów konstytucjonalnych ludzi psychicznie zdrowych.

Streściła: Dr. E. STEJKOWSKA — Dziekanka.

A. RODIET: Que deviennent les aliénés sortis des asiles. (Co dzieje się z chorymi po opuszczeniu zakładów) Gazette Des Hopitaux, Juillet 1931 r. Nr. 52.

Przed wypisaniem chorego ze szpitala lekarz poważnie się zastanawia nad przyszłym losem pacjenta, obawiając się pogorszenia lub nawrotów stanu chorobowego w niekorzystnych warunkach życia pozazakładowego. Przedewszystkiem alkoholicy, pozostawieni sobie samym, narażeni są na nawroty do swego nałogu. W roku 1922 założono we Francji „Związek Hygieny Psychicznej" i w związku z tem Szpital Henri Russela, dla opieki otwartej nad alkoholikami. Lekarze wymienionej służby profilaktycznej skarżą się na utrudnioną pracę. Alkoholik neguje przed lekarzem-opiekunem używanie wyskoku i ukrywa dolegliwości chorobowe, również rodzina, bojąc się ponownego internowania chorego, wprowadza lekarza w błąd. Stąd wniosek, że dotychczas najlepszym środkiem dla alkoholików jest umieszczenie w zakładzie zamkniętym na dłuższy okres czasu.

Prawo wymaga od lekarza zwolnienia chorego w jaknajkrótszym czasie po ustąpieniu objawów chorobowych. Sumienny lekarz stara się zapewnić swoim byłym pacjentom warunki, w których ozdrowieniec by mógł zachować równowagę psychiczną, w czem ogromnie pomaga mu Towarzystwo Opieki nad psychicznie chorymi po opuszczeniu zakładu, ufundowana przez lekarzy - socjologów i filantropów Falreta, Marie'a, Legraina. Stworzono jedną stację na 52 i dwie stacje na 77 osób, w których ozdrowieńcy, po opuszczeniu zakładu nie mając pomocy ze strony rodziny lub przyjaciół, mogą mieszkać i żywić się przez kilka dni, aż do znalezienia zajęcia i mieszkania. Często spotkać można złą wolę ze strony rodziny chorego lub chęć wykorzystania pomocy społecznej. W tym celu Towarzystwo Opieki zasięga informacyj o sytuacji i potrzebach rodziny wspieranej z akt, znajdujących się w specjalnym urzędzie policyjnym. Każdy chory posiada tam swoją tekę akt

z wiadomościami od lekarzy, dyrektorów zakładów, władz administracyjnych i innych. W Towarzystwie opieki pracuje lekarz, którego funkcje analogiczne są do działalności lekarzy biur dobroczynności. Prócz tego wizytatorka społeczna odwiedza rodziny, którym trzeba przedłużyć wsparcie, lub udzielić porad. Dawni chorzy, zapytani o wspomnienia z pobytu w zakładzie, chwalą opiekę lekarską i personel, lecz wszyscy skarżą się na wadliwą organizację w rozmieszczaniu chorych, mianowicie przykro wspominają otoczenie niektórych chorych zupełnie nieokrzesanych, niechlujnych i przewrotnych Autor jest zdania, że oddzielnie powinni być umieszczeni chorzy, przyjęci na żądanie własne lub rodziny i oddzielnie przymusowo internowani naskutek jakiegoś przestępstwa, skandalu lub nawet morderstwa. Liczne kobiety mimo ciężkości psychozy zachowują tradycję dobrego tonu środowiska, z którego pochodzą i bardzo nieprzyjemnie odczuwają towarzystwo kobiet złych obyczajów, prostytutek, kobiet z więzień i t. p. Również niektórzy mężczyźni z inteligencji cierpią z powodu niedostosowanego sąsiedztwa chorych. Dalszym celem lekarzy hygieny psychicznej jest uświadamianie społeczeństwa, że chory psychicznie należycie chroniony po opuszczeniu zakładu może i powinien wyzdrowieć zupełnie. Dotychczasowe zdanie społeczeństwa o nieuleczalności chorób psychicznych stanowi dużą przeszkodę dla Towarzystwa Opieki, gdyż przedsiębiorstwa handlowe i przemysłowe przeważnie się wahają z przyjęciem pracownika niegdyś chorego psychicznie.

Streściła Dr. E. STEJKOWSKA — Dziekanka.

J. CAPGRAS i G FEIL: Statistique d'une année de malariathérapie. (Wyniki leczenia zimnicą osiągnięte w ciągu jednego roku). Annales Médico - psychologiques T. I, Nr. 4, r. 1931).

Autorzy mieli na swym oddziale w ciągu roku 1930 46 paralityków, z czego leczyć malarją mogli tylko 34. (74 proc.). Stosowali szczepienie dożylne, mimo to czas inkubacji wahał się od 2 — 21 dni. Ilość napadów 10 — 13. Po malarji stosowano (w przypadkach bez zmian dna oka) stowarsol w ilości 22 — 28 gr. Wszyscy chorzy leczeni malarją, przybierali po przerwaniu malarji na wadze. W jednym przypadku nastąpiła

śmierć z winy malarji, gdzie przy końcu leczenia zimniczego niespodziewanie powstała bronchopneumonia z arytmją i chory zmarł w 3 dni po przerwaniu malarji. (A więc mimo ścisłego wyboru pacjentów zdarzają się nieprzewidziane, podobne komplikacje malarji! przyp. ref.). Wszyscy pacjenci wykazywali przed leczeniem zmiany płynu mr. typowo paralityczne. Po leczeniu obserwowano tylko zmniejszenie albuminozy i limfocytozy, oraz osłabienie odczynu Guillain - Laroche'a. Wyniki podają autorzy następujące: na 34 leczonych było remisyj pełnych 2, (6 proc.), remisyj częściowych 3 (9 proc.), znacznych popraw 2, (6 proc.), małych popraw 6, (18 proc.), bez zmiany 13, (38 proc.), transformacji 7, (20,6 proc.), zgonów 1 (3 proc.). Pełną remisją nazywają autorzy całkowite ustąpienie zaburzeń psychicznych, powrót pacjenta do poprzedniego życia socjalnego, oraz przywrócenie pełnej zdolności do wykonywania poprzedniego zawodu, czyli „prawdopodobieństwo zupełnego wyleczenia". Określenie remisji częściowej stosują autorzy tam, gdzie chory może żyć na wolności, zachowywać się poprawnie, wykonawać lżejszy zawód (niż uprawiany przed chorobą), co nazywają autorzy „wyleczenie socjalne".

Przez znaczne poprawy rozumieją autorzy przypadki, w których istniejące ubytki intelektualne nie są zbyt znaczne, przyczem chorzy mogą wykonywać lekkie prace w zakładzie, lub poza zakładem; u chorych tych istnieje osłabienie sądzenia i euforja. Małe poprawy są wtedy, gdy ustąpi ostre zaburzenie, a pozostaje euforja i demencja, (mniejsza niż przed leczeniem).

O transformacji mówią autorzy w przypadkach, gdzie nastąpiła zmiana obrazu psychotycznego, który przypomina wtedy dementia paranoides, lub psychosis maniacalis depressiva. W uwagach końcowych autorzy podkreślają, że ilość remisyj leczniczych w ich materjale jest niewiele większa od ilości remisyj spontanicznych, oraz, że ilość remisyj i znacznych popraw razem wynosi w ich materjale zaledwie 20,6 proc., a więc mniej niż u większości autorów. Bardzo wysoki jest również procent (20,6 proc.) transformacyj obrazu psychotycznego. Autorzy podkreślają specjalnie te przemiany procesu paralitycznego.

Streścił Dr. ST. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

LEROY i MÉDAKOWITCH: Malaria larvée chez les paralytiques généraux impaludés et attaques épileptiformes. (Malarja utajona u paralityków leczonych malarją, a napady epileptoidalne). Annales Médico - psychologiques, T. II, Nr. 3, 1931.

Doniesienie dotyczy trzech przypadków napadów epileptoidalnych po zaszczepieniu malarją na 300 przypadków paraliżu, leczonych na oddziale autorów. Napady te były typowo epileptyczne i to zawsze w przypadkach z nawrotami gorączki i wyraźną demencją.

Następnie autorzy dają przegląd podobnych przypadków z literatury. W zakończeniu powołując się na przytoczone z literatury przypadki „epilepsji malarycznej" dowodzą, że napady epileptyczne u paralityków, leczonych malarją są następstwem tejże malarji, podobnie jak stany paranoidalne.

Streścił Dr. ST. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

LEROY, MÉDAKOWITCH i A MASQUIN: Les variations de la courbe du poids dans la paralysie général. (Zmiany wagi ciała w porażeniu postępującem) Annales Médico-psychologiques T. I, Nr. 4, 1931.

Do pierwszych objawów meningo - encephalitis luetica należy prawie zawsze spadek wagi, rzadko tylko przybieranie na wadze. Zakończeniem choroby zaś zwykle jest marasmus paralyticus, wyjątkowo p. p. florida. Napady malarji powodują, według powszechnych opinij, znaczny ubytek wagi leczonego. Autorzy starają się wykazać, że w przebiegu malarji leczniczej paralitycy mogą nietylko zachować ten sam ciężar ciała, lecz nawet niekiedy przybrać na wadze. W okresie leczenia specyficznego, pomalarycznego, stwierdzili autorzy, prawie zawsze poprawę stanu odżywienia. Poprawa ta — wystąpiła w 93 proc. „pełnych remisyj", w 78 proc. niezupełnych remisyj, w 74 proc. popraw i w 33 proc. przypadków stacjonarnych. Natomiast w przypadkach z wtórnemi urojeniami (stany halucynacyjno paranoidalne Gerstmanna — uwaga referenta) nastąpił ubytek wagi w 87,5 proc.. Przybierania na wadze nie należy stale łączyć z pomyślną prognozą, gdyż występuje ono w większości przypadków porażenia, leczonych malarją, niezależnie zupełnie od popraw psychicznych. Wszelako przypadki

z pełną remisją zyskują na wadze częściej i więcej, niż przypadki bez polepszenia. Ma to duże znaczenie dla prognozy. Zmniejszenie wagi, lub nieodzyskanie wagi straconej (w leczeniu) ma prawie zawsze złe znaczenie prognostyczne w odniesieniu do stanu psychicznego.

Streścił Dr. ST. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

J. Levy - Valensi et Henri Ey: Délire spirite. Ecriture automatique. (Annales Médico - Psychologiques XIII Série 89 anné T. II Nr. 2).

Autorzy opisują obserwacje dokonane na pewnej chorej z kliniki prof. Claude.

Chora M. lat 53, matka 8 dzieci. Dzieciństwo było normalne jako i rozwój umysłowy. M ukończyła szkołę średnią. Do 23 roku życia t. j. aż do ślubu była w domu rodzicielskim. W 5 lat po ślubie rozwiodła się rzekomo z powodu zmienności usposobienia jej męża. Po 13 latach separacji wróciła do męża. W 1923 roku umarł jej ojciec, brat i matka; M. miała wtedy lat 45 i była w okresie menopauzy. Przebywała w tym czasie w szpitalu z powodu choroby serca. Miała silne krwotoki, a stan jej psychiczny zaczął się zmieniać: był to również okres, w którym M. zaczęła oddawać się studjom spirytystycznym. Po 2 latach występowała jako medjum, „piszące“, potem jako medjum „słyszące“. Pisywała i wydawała popularne broszury o spirytyzmie i bez wielkiego powodzenia występowała na seansach. Cały czas mijał jej na „przebywaniu z duchami“; M. rozmawiała z nimi i była przez nie informowana o wszystkiem co się dzieje na świecie“. Obecnie M. jest pod obserwacją policji, lecz nie było powodu do aresztowania jej (pisała listy nierozsądne do wysoko postawionych osób, między innemi do prezydenta Republiki Francuskiej). Zdaniem autorów psychoza chorej objawia się w sposób bezpośredni wypowiedzeniami, a w sposób pośredni i w pewnym stopniu nieosobowy pismem automatycznem „dyktowanem przez duchy“. Ten kontakt z duchami“ jest treścią broszury „Révélations“ którą chora wydała drukiem. Utrzymuje ona, że istnieją duchy i można się z niemi porozumiewać.

Wypowiedzenia te dzielą autorzy na: 1) dotyczące świata duchów, ich wpływu na życie ludzkie oraz sprawy ogólne ludzkie, 2) na wiążącą się z nimi koncepcję metafizyczną.

Świat duchów: Autorzy przytaczają dosłownie wyjątki z broszury „Médiumité“ napisanej przez chorą, n. p. „Dusza jest to ciałko fluidu otoczone eterem, powiązane drobnemi mięśniami jak nićmi“ itd. lub znowu „Duch — jest małem zwierzątkiem na wysokich nóżkach, cienki, o ciele płaskiem...“ (opisuje dziwacznie „ducha“ francuskiego, niemieckiego, włoskiego itd.

Dalej autorzy przytaczają jak chora wyobraża sobie sposób, w jaki „dusza jest zrobiona“ i jak „nosi swego ducha“ że „może go zgubić, a wtedy dusza spłaszczona zawiśnie w przestworzach itd.“

Następny rozdział dotyczy kwestji jak chora wyobraża sobie wpływ duchów na ludzi żyjących (wyjątki z broszury „Moc dusz i duchów ludzkich“, pisanej przez chorą). Opisując wpływ duchów na własną osobowość; M. żali się, że „wywołały one w jej mózgu spustoszenie“, że „mszczą się na niej duchy niemców, austrjaków i węgrów za to, że wydała broszurę „Médiumité“, w której ostrzega francuzów przed złą mocą wrogów. „Elaborat chorej o wpływie duchów na wypadki światowe“ autorzy uważają za najważniejszy, gdyż ilustruje on rzekomy jej kontakt „z duchami“. „Wpływ duchów“ spowodował ją do wysłania do Prezydenta Republiki pisma pod tytułem: „Tajemnica sprzysiężenia cesarzy, — sprzysiężenie niemiecko-austrjackie“. M. pisze, że „musi spełnić swą powinność, ostrzegając Francję przed sprzysiężeniem, że moce niemieckie wkradają się w dusze francuzów, aby zniszczyć rasę francuską“ itd.

Autorzy wyszczególniają objawy następujące: (a) Halucynacje psychomotoryczne, graficzne: pismo automatyczne. (Chora, gdy tylko ma papier, zaraz pisze i oświadcza: „duchy prowadzą mą rękę“. (b) Halucynacje słuchowe. Chora opisuje w ten sposób swoje wrażenia, że najpierw, gdy pisała, „dyktowanie przez duchy“ odbywało się automatycznie, bez jakiegokolwiek odczucia z jej strony, dopiero po dłuższym czasie usłyszała „głos“, który jej nakazał przerwać pisanie, a potem sam zaczął jej dyktować. Odtąd odbierała „nakazy duchów“ na drodze słuchowej. (c) Halucynacje czucia wewnętrznego. „Duchy gryzą jej mózg; ma w nim liczne rany, które jej sprawiają silny ból“. (d) Halucynacje wzrokowe. Chora widzi obrazy, sceny itp (e) Halucynacje psychiczne (sugestja, pszenoszenie myśli) n. p, „duchy“ dają jej „nakazy“ n. p. aby

„sfotografowała swój mózg". (f) Czynnik zespołu nazwanego przez autorów automatyzmem mentalnym; osobowość chorej redukuje się do „transmitowania woli duchów".

Dalej autorzy opisują podłoże myślowe chorej. Jej elementarne funkcje umysłowe są wystarczające. M. rozumuje dość dobrze, ale tylko wtedy, gdy temat jest bardzo łatwy. Jest zorjentowana, pamięć jej nie wykazuje braków. M. jest bierną we wszystkich sprawach życiowych i daje się zawsze powodować osobom bliskim. Brak jej krytycyzmu, to też wszystko, co się jej mówi, przyjmuje wyjątkowo łatwowiernie. Ekspresja chorej jest często niezręczną. Jako drugą jej cechę podają autorzy autyzm, n. p. M. zaniedbuje swe obowiązki, odosobnia się, mało mówi i nie zdradza wzruszenia.

Jako początek i genezę choroby M. podają autorzy co następuje: Początkiem psychozy mogłaby być chwila, gdy chora stała się medium spirytystycznem; pod pokrywką dążeń spirytystycznych ukrywała się choroba umysłowa. Atoli mogła też być chwila, gdy — jak to sama nazwa opisuje – na dwa lata przed jej występami spirytystycznemi, M. doznała silnego wstrząsu psychicznego po śmierci matki i kilku osób jej bliskich. Właśnie te przejścia skłoniły ją do szukania w naukach spirytystycznych ukojenia i możności „obcowania z duchem matki". Autorzy skłaniają się jednak do przypuszczenia, że gdyby chora nie była się oddała spirytyzmowi, to zaburzenia psychiczne, które wystąpiły bezpośrednio po śmierci matki, byłyby ustąpiły i umysł chorej byłby doszedł do równowagi. Uważają więc, że właściwym powodem wywołującym psychozę był w tym przypadku spirytyzm, który też odbił się wyraźnie na całym obrazie chorobowym.

Co do halucynacyj, autorzy podają, że chora pod wpływem halucynacji jest prawie zupełnie pozbawiona możności kierowania własnemi czynami, „wszystkiem kierują w niej duchy i są odpowiedzialne za czyny, dobre i złe". Zaszły zmiany w objawach „pisma automatycznego"; w początkach, gdy chora występowała jako medium, umysł jej nie brał zupełnie udziału w pisaniu; M. pisała, nie myśląc i nie patrząc na papier; gdy tylko pióro dotknęło papieru, ręka jej sunęła automatycznie bez jakiegokolwiek wysiłku woli lub mięśni ze strony chorej. Obecnie chora mówi, że w chwili, gdy ma zacząć pisać, „myśl obca dyktuje treść pisma".

Autorzy uważają, że przedewszystkiem zjawiskiem patologicznem u chorej jest „wydziedziczenie jej przez duchy z własne woli" i to nawet w banalnych sprawach życiowych. Pierwsze przejścia o silnym przydźwięku wzruszeniowym (wstrząs psychiczny po śmierci matki) nie mogły być bez wpływu na rozwój choroby, halucynacje były już wynikiem choroby psychicznej (M. zwidywała, jak mówi, zmarłą matkę). Nie można czemkolwiek usprawiedliwić odwrotnego stosunku t. j., by halucynacje wywołały psychozę. Przepełniona metafizyką spirytystyczną myśl chorej jest wyłącznie zwrócona w kierunku „świata duchów". Chora przedstawia przypadek (co do sugestji wiary spirystycznej) umysłowości paralogicznej, co według autorów pozwala zaliczyć ją do typów paranoidalnych.

Str. J. EPSZTEIN — Dziekanka.

O. L. FOREL: Les Toxicomanies. Considérations psychologiques et thérapeutiques. (Toksykamanje. Rozważania psychologiczne i terapeutyczne). Annales Médico-Psychologiques XIII Serie-89 Année -- I II. Nr. 4. Novembre 1931. p. 362 395.

I. Wstęp.

Autor podaje 6 rodzajów intoksykacyj, spowodowanych środkami ekscytującemi, sedatywnemi, nasennemi, narkotyzującemi, hamującemi w ściślejszem znaczeniu i wyskokowemi.

Jako patologiczne objawy psychiczne intoksykacyjne wymienia podniecenie i zatamowanie, euforję, stan upicia prosty i t. zw. patologiczny, stan łaknienia, liczne formy intoksykacyj chronicznych, zamaskowanych lub widocznych, urojenia zazdrości halucynacje i inne, delirium tremens, zespół Korsakowa, epilepsję, dypsomanję i nakoniec wszystkie toksykopsychozy dementywne.

A. Uwagi kliniczne, fizjologiczne i chemiczne.

Indywidualnie dawki toksyczne są bardzo rozmaite.

Jako objaw przyzwyczajenia przytacza się imunizację organizmu przeciw codziennej szkodliwości. Na tej drodze osobnik ucieka się do dawek wzrastających, ponieważ uczy się przekraczać dawkę, na którą jest dostatecznie zimunizowany.

Odporność i nieodporność są zmienne, zarówno u poszczególnych osobników, jak i u tego samego osobnika, zależnie od okoliczności, czego nie można brać pod tę samą rachubę, co w wypadkach nieodporności ustrojowej.

Symptomy abstynencji stanowią osobny fenomen, szczególnie u morfinomanów. Zdaje się, jakoby organizm ustalił jakąś następczą równowagę soków, której nie wolno naruszać nagle bez narażania się na poważne niebezpieczeństwo. Ten rodzaj „symbjozy toksycznej" następczej mało dotąd naukowo wyświetlono. Joël kładzie nacisk na to, że morfinoman nie zażywa morfiny, by sprawić sobie przyjemność, lecz uchronić się od mąk. Należy przypuścić, że morfina modyfikuje równowagę biochemiczną w inny sposób, niż inne trucizny.

Fenomen saturacji nie jest dostatecznie wyświetlony. Zdaje się, że w pewnych wypadkach najwyższej intoksykacji, nowe dozy środka nie działają. Powodem tego może być okoliczność, że komórki nasycone więcej trucizny już wchłonąć nie mogą, albo to, że organizm przestaje oddziaływać na toksynę.

Wiemy, że ustrój przychodzi do normy nawet po upiciu się poważniejszem człowieka, że jednakże chorego na chroniczny alkoholizm trudno wyleczyć.

Środki zastępcze wprowadzają najczęściej tylko zmianę rodzaju toksykomanji. Heuyer i Guillant opisują toksykomanje paregoryczne, barbituromanję, somnifenomanję i zaliczają je słusznie do toksykomanij. Serejski opisuje tyreoidynomanję wolną od zaburzeń psychicznych, v. Stockert przytacza przypadki sacharomanji, w której chorzy zachowują się, jak dypsomani.

Od chwili pojawienia się kokainy, wielka ilość morfinomanów stała się kokainomanami, albo co gorzej zażywa jedno i drugie.

Między środkami pomocniczemi w kuracji dezyntoksykujące wymienimy luminal, dial, skopolaminę, cholinę, dające dobre wyniki na kilka godzin. Przy podawaniu somnifenu należy bezustannie czuwać nad funkcjonowaniem nerek i płuc.

Problem specyficzności toksycznej jest jednym z najdelikatniejszych. Kraepelin jest zwolennikiem specyficzności, lecz nie zawsze jest ona absolutna.

Podkreślić należy, że symptomy metatoksyczne i następcze charakteryzują chorobę Korsakowa, delirium tremens, saturnizm, lecz i porażenie postępujące.

Naogół opisuje się symptomy następcze bez wniknięcia w jądro problemu. Zdaniem autora psychomani ulegają w pierwszej linji „tymozie". Autor proponuje nazwę „tymozy" dla nerwic afektu i konfliktów („Afekt – und Konfliktsneurosen") uczonych niemieckich, by nazwę neurozy (od neuron) zachować dla zabu-

rzeń będących w łączności z objawami błędnowspólnemi, parasympatycznemi, roślinnemi, mniej lub bardziej psychopatycznemi. Są to biedacy niestali i niezrównoważeni uczuciowo. Nie udaje im się uczynić zadość swoim zamiłowaniom, rozwiązać problemu życia. Wszyscy minęli się ze swojem powołaniem, skąd tragiczny konflikt i popadnięcie w toksykomanję. Jak wszystkie ofiary „tymozy", toksykomani tchórzą wobec rzeczywistości.

U toksykomanów chronicznych symptomy choroby zakorzeniają się mniej lub więcej definitywnie. Następuje wtedy ruina moralna, umysłowa i fizyczna. Zjawia się tu autointoksykacja następcza w analogji do uremji. Sfera afektywna podlega mieszaninie smutku i humoru nieco przymuszonego. Pozorna szczęśliwość i błogość jest często jaknajbardziej niestosowna. Chroniczny alkoholik załatwia swoje sprawy, lecz jest niespokojny, nierówny, płochliwy lub skłonny do burd, przyjazny raczej z polityki, aniżeli z altruizmu.

Trudno powstrzymać się od porównania symptomów toksykopsychicznym z symptomami porażenia postępującego.

Schroeder zwalcza specyficzność toksyczną i twierdzi, że toksykopsychozy, wywołane ołowiem, ergotyną, alkoholem, eterem, chloroformem są identyczne. Alkohol i morfina pozwalają na przyzwyczajenie poważne aż do dawek kilkakrotnie śmiertelnych, podczas gdy haszysz wystarczy ulegającym chronicznemu zatruwaniu w małych stosunkowo dawkach. Lecz należy przy tej sposobności przypomnieć fakt, że alkoholicy stają się też „czuli". To samo objawia się u barbituromanów. Więcej jeszcze: istnieją toksykomani, wykazujący symptomy otrucia pod wpływem autointoksykacji. Ten objaw przypomina nam przypadki patologicznego podchmielenia u wycieńczonych żołnierzów.

Wuth twierdzi, że morfinizm wytwarza zaburzenia błędnowspółczulne, hipertyreoidyzm, cytując z Levinsteina: „Morfina pobudza symptomy, które zwalcza". Tem się tłumaczy potrzeba powiększenia dawek. Wuth poleca obniżenie napięcia roślinnego (tonus végétatif) za pomocą środków przeciwgorączkowych. Chodzi przedewszystkiem o wyświetlenie, czy przeważa wagotonja, czy sympatykotonja.

B. Dyspozycje morfologiczne i konstytucyjne.

Istnieją predyspozycje dla toksykomanji.

Kretschmer zastanawia się w książce nad związkiem konstytucji pyknicznej z alkoholizmem u sybarytów i ludzi dobrze usytuowanych.

Lecz i inne czynniki, jak wpływ otoczenia, uwiedzenia, obyczajów, konfliktów psychologicznych, zawodów i t. d., nie utraciły na swojej ważkości.

Psychopaci, t. zn. zwyrodnialcy psychiczni konstytucyjni dają nam najwięcej niespodzianek nieprzewidzianych i sprzecznych. Co więcej, im bardziej zbliża sią konstytucja do poziomu schizoidalnego lub do stanu newrozy, tem łatwiej napotyka się na idjosynkrazje antytoksyczne.

Należy badać toksykomanje w poszczególnych stanach, które przywykliśmy nazywać: zwyrodnieniem moralnem, słabością, niestałością, nastawieniem przeciwsocjalnem, depresyjnem, cyklotymnem, schizotymnem, epileptoidnem, seksualnotymnem, wszelkiego rodzaju degeneracją, genjalnością i artystycznością, fantastyką, oraz w tylu innych zjawiskach należących do pogranicza normalności.

Z Binswangerem rozróżniać będziemy następujące czynniki przyłączające się do podstaw odziedziczonych i konstytucyjnych:

a) Przyczyny endogenne: fazy hipomanjakalne, zamroczenia u dypsomanów rzeczywistych i zamaskowanych innych manifestacyj psychopatologicznych, częściowo dobrze opisanych. Do tego dołączają się fazy przygnębienia psychofizycznego, stany schizoidne, epileptoidne, okresy nadmiernej pobudliwości seksualnej, napady lękowe, zwątpienia, zamroczenia, modyfikacje endogenne i endokrynne, zależne od dojrzewania, menopauzy, senilności, ciąży, i t. p.

b) Przyczyny egzogenne: 1) fizyczne, jak uraz, przedewszystkiem głowy, stan wyczerpania, choroby infekcyjne, pozostałości chorób dziecięcych (encefalit albo meningit), wpływ pory roku. 2) konflikty i urazy wzruszeniowe: utrata rodziców. zawód miłosny (walka o byt, poniżenie, ale także niespodziane, szczęśliwe zdarzenia), troski ukryte i chroniczne jak niesnaski małżeńskie, niepożądane następstwa fałszywej orjentacji zawodowej, wpływ hamujący ojca tyrana, moralne odosobienie, a szczególnie ujemny wpływ otoczenia niesprzyjającego, i t. d.

Między tymi, którzy wedle słów Bleulera nie mają żadnej przyczyny, żeby nie pić, a tymi, którzy ulegają tylko w okolicznościach bardzo niesprzyjających, istnieje cała gama pośrednia.

Toksykomani konstytucyjni oddziaływają pod pewnym względem biologicznie, inni są toksykomanami okolicznościowymi.

Tak jak my trwamy w czynności uznanej jako pożytecznej i zdrowej, tak toksykoman trwa w pijaństwie z lęku przed rzeczywistością, która dlań jest synonimem nędzy.

C. Przyczyny nabyte.

Poza predyspozycją konstytucyjną, mamy do czynienia z dużą ilością innych przyczyn ubocznych przygodnych, których znacznie trudno jest ocenić. Każdy z nas bywał przygnębionym, wciąganym przez towarzyszów, cierpiącym, zniechęconym, bez popadnięcia w toksykomanję.

Edukacja, przykład rodziców, uwiedzenie przez otoczenie, obyczaje, trudności osobiste, sentyment, zatrudnienie, wszystko wywiera swój wpływ. Kryzys dojrzewania płciowego, konflikty, moralne u nieśmiałych, wątpiących, lękliwych, wybuchowych, samolubów i birbantów, kompleksy seksualne u impotentów, onanistów, homoseksualnych, ekshibicjonistów, fetyszystów, sadomasochistów, hipochondryków, będących w stanie depresji, zaliczyć należy do przyczyn nabytych.

Jak sobie wytłumaczyć rolę napitków w zakresie naszych zwyczajów? Przyczyna psychologiczna alkoholizmu jest ta sama, jak w toksykomanji. Zawsze pragnienie szuka upojenia, euforji, zapomnienia, ucieczki przed rzeczywistością, przytłumienia przykrości na drodze za pomocą złud i nieprawdziwych urojeń.

Konstytucja odgrywa tu wielką rolę, atoli i zwyczaje odgrywają niemniejszą rolę.

II. Psychologja intoksykacji.

Jakie są pobudki popychające do picia? Sprowadzenie euforji kompensującej w nieświadomej depresji.

Niemożność wstrzymania się od picia, niepowściągliwość pochodzi z a) pragnienia osiągnięcia stanu nadosobowego, zdobytego przez euforję alkoholiczną; b) z akcji alkoholu paraliżującej funkcje woli i wyższej moralności; c) z urazu nieuleczalnego instancyj mentalnych i należących do wyższej moralności.

Wybór trucizn odpowiada nagół determinizmowi konstytucyjnemu. I tak morfinista jest najczęściej samotnikiem i mizantropem. Kokainiści zapraszają się nawzajem, jakby na partję brydża podobnie palacze opjum, jako i alkoholicy.

Kielholz uważa, że alkoholizm pochodzi z współżycia mężczyzn między sobą, którzy się nawzajem pobudzają. Są to nawet wedle niego ukryte maskujące się skłonności homoseksualne, w czem tkwi trudność walki z alkoholizmem. Dowód tego widzi w fakcie opisanym przez Jöela i Fraenkla, że kokainomani, heteroseksualni stają się pod wpływem trucizny homoseksualnymi. Kielholz przypuszcza, że patologiczna zazdrość alkoholików tłumaczy się tem, że alkoholik podejrzewa żonę o utrzymywanie stosunków z mężczyznami, z którymi sam pragnie utrzymać przyjaźń.

Jedynie morfina stwarza stan nieodzownego zapotrzebowania t. zn. nieznośne fizyczne cierpienia, jeśli trucizny zabraknie. Stąd u morfinistów ich wyrafinowana przebiegłość w sposobach uzyskiwania tej trucizny. Jöel rozróżnia toksykomana ustalonego, który zadowala się dozą określoną, i toksykomana, pożądającego doz wzrastających, dla którego odzyskanie euforji staje się jedynem pragnieniem. Objektywne objawy mentalne, moralne i konsekwencje medyczno-prawne alkoholizmu są o wiele cięższe, aniżeli w intoksykacjach środkami przytłumiającemi.

Człowiek współczesny twierdzi, że potrzeba mu środków pobudzających: kucharz, żeby znieść gorąco; drwal, by wytrzymać mróz; inteligent, by zastąpić czemś brak ćwiczeń fizycznych, robotnik pragnie stymulacji mięśni.

Napoje wyskokowe, spożywane w miarę, są jeśli nie dla jednostek, szkodliwe dla ludzkości. To samo rzec można o wszystkich truciznach. Środki uspakajające mogą być dobre dla chorego, któremu lekarz je zapisał, a mimo to są truciznami społecznemi.

Od kiedy tajemnica zawodowa jest zachowaną przez kartki śmierci z kuponami do odrywania, statystyka szwajcarska wykazuje, że 10 proc. wypadków śmierci w wieku po dwudziestce powoduje alkohol. W niektórych okolicach proporcja wzrasta do 25 proc., szczególnie w kołach dobrze sytuowanych.

Toksykomanja jest najbardziej rozwiniętą w wielkich miastach, lecz istnieją i gniazda jej poza niemi.

Heterosugestja, jak i autosugestja pod wpływem środków uspakajających jest niezaprzeczalną. Korzysta z tego zbrodniarz.

Na ogólną liczbę uwięzionych w Niemczech przypada 41,7 % pijaków.

Z powyższego dochodzimy do następujących wniosków: Toksykomanje nie stanowią jednostki nozologicznej, chociaż istnieje

dużo morfinomanów, którzy nigdy nie staną się alkoholikami i na odwrót, to jednak problem psychologiczny, od którego zależy wszelka toksykomanja, pozostaje ten sam.

Chociaż istnieje dużo morfinomanów, którzy pozostają wierni swojemu lekowi, istnieją inni, liczniejsi jeszcze, którzy leki kombinują i nadużywają alkoholu.

Odmiany indywidualne są również zaznaczone u toksykomanów, jak u tymopatów. A ponieważ wszyscy toksykomani są tymopatami, należy ich uważać za wyleczalnych.

Pod względem klinicznym i psychologicznym należy rozróżniać toksykomanów zatrucia ostrego i zatrucia chronicznego.

III. Przykłady.

Autor zadawalnia się przytoczeniem tylko kilku przykładów toksykotymozy.

A. Morfinoman, 37 lat, uległy toksykomanji podczas wojny. Wojna sama była dla niego przyczyną zatrucia psychicznego. Nic go nie mogło zadowolnić od czasu wojny. Popadł w morfinomanję i czuł się zadowolony, używając życia. Po odzwyczajeniu przypomniał sobie kobietę rudą, którą kochał przed wojną i która umarła. Wbił sobie w głowę, że musi odnaleźć znowu kobietę rudą, więc postanawia zerwać z narzeczoną piękną i dobrze sytuowaną. Zdając sobie z tego sprawę, że podczas intoksykacji nie czuł pociągu do kobiet rudych, udaje się do apteki. Przypadek zdarza, że spotyka w drodze do apteki kobietę rudą; przez nią spóźnia się do apteki, lecz równocześnie trzeźwieje w stosunku do nieprzepartego marzenia o rudej kobiecie. Zatracając wmówioną sobie przyczynę choroby, jest gotów rozpocząć życie normalne.

B. Inny chory, lat 45, impotent, alkoholik, cierpi na perjodyczne depresje, połączone z lękami niezwykłej siły, które go czynią milczącym i przykuwają go do miejsca. Zniewala go to do picia i zmusza prawie nieprzeparcie do rzucenia się do wody.

Psychologiczna analiza wykrywa pociąg do kuzyna, jedynego przyjaciela najbliższego od lat młodości. Wojna rozłącza, później złącza dwóch przyjaciół. Nad brzegiem morza piją dużo, poczem w kilka dni kuzyn odbiera sobie życie. Od tego czasu chory cierpi na depresje straszliwe, połączone z poczuciem winy i ulega ogólnemu załamaniu. Oddaje się zupełnie pijaństwu.

C. Młodzieniec, bardzo inteligentny i sprawny kupiec, zaniedbany przez rodziców, poczyna w 14 r. życia uczęszczać do nocnych traktjernij. Opanowany pociągiem do kobiet w latach dojrzewania, pozwala się uwieść przez właścicielkę domu rozpusty. W wieku 22 lat ulega dypsomanji w odstępach 2—3 miesięcy. Trwa to przez 4 lata. Opuszcza młodą kobietę i oddaje się orgjom i używaniom, tracąc świadomość swojego postępowania. Jedynie pod działaniem alkoholu, muzyki i otoczenia znajomych, zdobywa poczucie swobody, wolności i gotowości do przygód.

D. Chora, homoseksualnie związana z matką, heteroseksualnie z ojcem, żyje z rodzicami w kłótni bezustannej. Jest nimfomanką, i żadne złączenie się z mężczyzną nie może jej sprawić przyjemności. Zaordynowanie przez lekarza eukodalu i dikodilu, pociąga za sobą złe skutki. Chora, pozbawiana satysfakcji życiowej, zatruwa się coraz bardziej.

E. Cóż powiedzieć jeszcze o alkoholiku, który utracił matkę, z którą żył w małżeństwie od czasu dojrzałości męskiej aż poza dwudziestkę? O uległym toksykomanji, z powodu cierpień fizycznych, który się oddaje jej w nadmierny sposób, poróżniwszy się z ojcem? Chory ten nie zdawał sobie sprawy z łączności intoksykacji swej z konfliktem z ojcem, czyż więc ma przyczynę dziwić się, że popada w swój nałóg z chwilą, gdy widzi się znowu z ojcem, choć ukończył kurację przeciwtoksyczną, nie rozumiejąc łączności psychologicznej swojego zachowania?

IV. Terapeutyka.

Z małemi wyjątkami wszyscy psychjatrzy sądzą, że leczenie toksykomanji powinno się odbywać w zakładach psychjatrycznych *ad hoc*. Pierwsza kuracja powinna trwać conajmniej 6 miesięcy w wypadkach posuniętej intoksykacji, a rok conajmniej, jeśli się ma do czynienia z recydywą. Długie to leczenie uzasadnia się wielu przyczynami. Najważniejszą z nich jest czekający chorego powrót w środowisko nie podatne do konstytucji wpływów powstrzymujących.

Metoda Binswangera, polegająca na próbnych zwolnieniach zrazu na krótko, później na dłuższy przeciąg czasu, jest godną polecenia.

Autor kończy podkreśleniem straszliwego znaczenia alkoholizmu ze względu na szkody, jakie wyrządza pod względem degeneracji fizycznej i moralnej ludności i narodu.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

Ks. PAWEŁ SIWEK: Konnersreuth w świetle nauki i religji. Wydawnictwo Księży Jezuitów. Kraków 1931.

Autor mimo uznania cudów w zasadzie, mimo liczenia się z ich możliwością, nie zadawalnia się w krytycyzmie swoim tem, co pod względem ścisłości badań w Konnersreuth osięgnąć można, i żałuje, że wobec trudności, jakie się badaczom na miejscu nasuwają, trzeba się prawie zawsze ograniczyć formułką *non constat*.

Z krytycyzmem łączy Ksiądz Profesor znajomość psychologji i psychjatrji. Objawia całkowicie uznanie dla „nauki", czyniąc jednakże wyjątek w stosunku do „naturalistycznego światopoglądu", którego „kruchości" jest pewnym i który przeciwstawia „głodowi Boga".

W obronie naturalistycznego światopoglądu należy tu podkreślić, że wyznawcy jego nie potrzebują być wyzbyci „głodu Boga". Zgadzają się przecie w większości z hasłem bardzo starem Voltaire'a, że „cały świat krzyczy, że jest Bóg". Bóg istnieje zarówno dla pozytywisty francuskiego Comte'a, jak i dla Niemców G. F. Fechnera i Wundta, Szweda Bostroema, Amerykanina James'a, dla Polaków Kremera i Struvego, jako jedna z najbardziej zasadniczych idej ludzkości, obok Świata i Osobowości. Trzem tym idejom odpowiadają trzy nauki filozoficzne: Kosmologja, Psychologja i Teonomja. „Teonomja" jest to pojęcie utworzone na wzór astronomji. Potrzebne ono, ponieważ teologja jest nauką o Bogu w religijnem zrozumieniu, teozofja zaś, proponowana przez Józefa Kremera, nabrała mistycznego znaczenia na usłudze niewielkiej grupy zwolenników „teozofji" w ściślejszem zrozumieniu.

Jako wytycznie główne dla swojej krytyki zjawisk w Konnersreuth, wysuwa Prof. Ks. Paweł Siwek 1) Stygmaty, 2) Wizje, 3) Jasnowidzenie wraz z językiem aramejskim i 4) Problem niejedzenia. W żadnym z tych kierunków nie zdobywa pewności o prawdziwym cudzie.

W rozważaniu faktu używania języka aramejskiego odrzuca domysł, że jasnowidząca mogła w klasztorze, w którym przebywała, nabyć u zakonnic znajomość języka aramejskiego, ponieważ go zakonnice nie znają. Tymczasem n. p. to, co z ust Teresy usłyszał prof. Hans Bauer, a co się ogranicza do kilku znanych zwrotów i wypowiedzi z ewangelji, może pochodzić z wspomnień, kto wie, czy nie z owego klasztoru. Może bowiem

wszystko być w związku z wczytywaniem się w utwory religijne z przytoczeniami aramejskiemi, albo z przypomnieniami widzianych ilustracyj, czy obrazów, opatrzonych podpisami uzupełniającemi w aramejskim języku. Toż przecie i my, Polacy, mamy nawet w świeckiej literaturze pięknej, n. p. u Kornela Ujejskiego, w jego skargach Jeremiego, wiersz, zatytułowany: „Eli, Eli, Lama Sabachtani". Inne słowa aramejskie, których Teresa w Biblji „znaleść nie mogła", jeśli tak jest rzeczywiście, mógł jej Ks. Wutz zasugerować, albo sam pod wpływem autosugestji wysłuchać.

A może i w tych kilku słowach szukać należy potwierdzenia, że jednak istnieją jakieś „telepatyczne" wpływy, nie tylko w przestrzeni, ale i w czasie. Nie wszystko, nawet dla zwolennika „naturalistycznego stanowiska", a zapewne właśnie dla niego w pierwszym rzędzie, tłumaczy się bowiem jedynie na mocy „dotychczasowych" doświadczeń.

Dzięki „genjalności histerycznej", którą z powodu Teresy Neumann podkreśla Dr. R. Stephan *), lekarz naczelny kliniki medycznej w Frankfurcie, staje ona na usługach religji i parafji, jak niegdyś stawała inna, podobna jej genjalna histeryczka, Bettina Brentano na usługach dwu największych niemieckich genjuszów Goethego i Boethovena.

Krytyczność Księdza Profesora zaostrza się szczególnie w omawianiu „niejedzenia". Mówi tu nawet o „Oszustwie somnambulicznem" (o oszustwie nieświadomem). Ostrze to jednakże ułamuje się u niego w słowach: „albo cud".

Forma, w jakiej się książka pojawiła, jest przystępna, jasna, nie tylko w ustępach popularnych, w opisie zjawisk i w zebraniu historycznych danych, ale i w części ściśle naukowej.

W każdym razie ta polska książka o Konnersreuth zasługuje na uwagę i pod względem formy i pod względem treści. Można ją polecić do czytania dzięki jej zaletom, będącym owocem: 1) przygotowania autora, 2) sumienności jego dociekań i 3) szczerego wypowiadania tego, co autor myśli. Przytem nie tylko laik z niej skorzysta, ale i „naturalista", a z nim razem i filozof i psycholog i psychjatra, choćby mieli być tu i owdzie zawiedzeni, laik nadmierną dla jego uczuć ścisłością, uczony niemożnością zdobycia ostatecznej pewności.

Podał: Dr. med. Dr. phil. KAZIMIERZ WIZE.

---

*) Dr. Fritz Gerlich. Die Stigmatisierte von Konnersreuth, II. 326 München 1929.

D. S. MEREŻKOWSKI: „Napoleon“. (Albumowego formatu tom 325 stron. Wydawn. Trzaski, Ewerta i Michalskiego w Warsz. Cena 32 zł.).

Mało kto już pamięta, a jeszcze mniej takich, co zdolni zostali zdawać sobie sprawę, z tego powiedzenia doniosłego: „Królestwo moje jest w powietrzu“ L. v. Beethovena, który to jedyny może — dzięki swemu pochodzeniu flamandzkiemu — potrafił podówczas zachować głos wolny myśli niemieckiej i świadomość tego, że „słowa zakute są w łańcuchy, na szczęście jednak dźwięki są jeszcze wolne“, by przeznaczeniu w „paszczę sięgnąć“ i kotwicę zarzucić w czeluści nieśmiertelności swem szczerem na schyłku życia wynurzeniem: „Przecież to ja Mu (Napoleonowi) do tego muzykę napisałem...“ Jak znaczą muzykolodzy, gdy grano, jako „stukania Losu do naszych bram, Beethoven'owską Symfonję V-tą w paryskiem Conserwatoire razu pewnego, słuchał jej stary wiarus z Napoleońskiej gwardji. Na grzmot pewnych akordów otwierających końcową część Symfonji porwał się na równe nogi i wrzasnął całem gardłem: „C'est l'Empereur! Vive l'Empereur!“... „Nieuczone uszy żołnierskie zrozumiały głos głuchnącego ucha... Czucie muzyczne leży poza sferą apercepcji umysłowej. Tak zwana muzykalność nie pokrywa się z umiejętnością komentowania muzyki, lecz polega na zdolności podawania się jej działaniu“, jak notuje Witold Hulewicz. Na tej podstawie, słuchając Sonatę (Appassionata. Op. 57), Bismarck mawiał: „Gdybym słuchał jej często, zawsze byłbym bardzo walecznym“. Zaś gdy słuchał gry tej Sonaty podczas koncertu 30. IX. 1870 r. w Versailles — wyrzekł: (Są to walki i szlochania całego życia... Beethoven najbardziej odpowiada nerwom moim“... Głęboko muzykalny hr. L. Tołstoj w czasie słuchania Fr. Chopina, od muzyki którego „dostawał wypieków“, porywał się nagle i — łkając: jaki okropny „Zwierz!“ — wypadał z sali, zmykał do ustronia — i obdarzał świat arcydziełami... Nie codzienną jest sztuką zdolność ostrogą dziejową spiąć melodję i spowodować spazm motłochu, ryczącego: „Citoyens, uciekać! Krew pachnie w tej sali“... Istotnie, nie łatwo cudzą krew poznać... Jak ładnie i trafnie określa Goethe: „Baśń Napoleońska przypomina mi objawienie św. Jana: każdy czuje, że coś w nim tkwi — tylko nie wie co... Napoleon szukał cnoty, a nie znalazłszy jej, zdo-

był Moc!"... Pod tym względem „Chyba niema potężniejszego arcydzieła na świecie nad życie Napoleona" notuje Stan. Przybyszewski. Zaś Stan. Witkiewicz dobitnie i rzeczowo uzupełnia: „Aby prowadzić sprawy tego świata, należy znać całą głębię upadku ludzkiego... Ten tylko może widzieć koniec i cel, kto widział początek, to jest zasadę"... W przeżywanym okresie, gdy jedynem wiązadłem w narodzie staje się rozwydrzone i zadawnione pochlebstwo, w parze kroczące z panującą chciwością, czyniącą z życia przedewszystkiem wezbraną zgraję przeciw wartościowej postaci bohaterskiej, przeniknąć poza pozory rzeczy do istotnej treści rzeczy nie przedstawią się rzeczą ani łatwą, ani też — błahą. Szczególnie, że — jak ubolewał C. Norwid — „powietrze prawdy może się do tyla zanieczyścić, iż nic wznioślejszego nie rozwinie się w narodzie"... Takiemu opłakanemu stanowi rzeczy przeciwstawić się zamierzył ostro, a i — wyznać trzeba — wywiązał się z zadania chlubnie D. Mereżkowski swym „Napoleonem". Wszak „nic nie bywa na świecie tak od człowieka odmienne, jak — drugi człowiek... Krew polska jest osobliwym towarem. Ojczyzna nie może dokupić się jej po najwyższej cenie. Obcy — kupują za bezcen... Jak długo jeszcze dusić się będziemy w tem potwornem okrucieństwie kłamstwa?... Najzgubniejsze bywają te pęta, których się nie dostrzega, lub — co gorsza — nie czuje"... wzmiankuje dyplomata polski Winc. Rzymowski. — Jeżeli przez przeszło całe stulecie zohydzano samo Imię Bonaparte'go, czyniąc zeń straszaka — myśl zasady „że łatwiej odrwić polaków — niż cara" — to wypływa zawsze z tej prostej przyczyny, że stado ludzkie (jakby patentowanym nie było) rzuca się zwykle naoślep tam, dokąd napędzają je pasterze. „Tłum w swej podłości cieszy się z poniżenia wielkiego, ze słabości potężnego: Jest mały, jak my; jest podły, jak my!... Kłamiecie łotry! —jest „mały i podły", ale tylko nie tak samo, jak wy—: *inaczej!* — Innym nawskroś Człowiekiem był Wielki Napoleon! Ludzie „padali i konali u jego nóg, ale nawet umierając, nie szemrali przeciwko niemu, lecz ubóstwiali Go" — wspomina hr. Ségur — „Tylko w waszych salonach, śród oficerów, a może i śród generałów, uchodziłem za człowieka strasznego, ale kiedy nie byłem uważany za takiego przez prostych żołnierzy: oni posiadali nieomylny instykt prawdy i współczucia; wiedzieli, że byłem ich obrońcą i że nikomu nie pozwoliłbym ich skrzyw-

dzić... Świat wzywał mnie do władzy. Władcy i poddani spieszyli sami, współzawodnicząc ze sobą, pod moje berło... Co za wspaniałość: w takim tryumfalnym pochodzie narodów przejść do potomności i otrzymać błogosławieństwo stuleci!... Będziecie mnie opłakiwać krwawemi łzami... Ja byłem Francji potrzebniejszy, niż Francja mnie... Tysiąclecia przeminą, zanim powtórzą się okoliczności podobne do moich i wydadzą człowieka takiego, jak Ja... Nasze czasy nie wydały nic wielkiego — chcę dać przykład!..." najlepiej ujmował, jak wszystko, swe jestestwo sam Napoleon. „Napoleon — to istne streszczenie świata... Można rzec, że ten blask, który go otaczał, nie przygasał ani na chwilę — i dlatego życie jego jest takie promienne. Świat nigdy dotąd nie widział i może nigdy nie ujrzy nic podobnego" — określa właściwość zjawiska wyrafinowany Goethe. Właściwie śmiało rzec można, iż —: nie był człowiekiem — był *żyjącem Jestestwem,* gdyż tylko Ono było zdolne w konające usta Władcy faktycznego świata wtulić szept: „Armia... Avant garde!"... i wywołać na Obliczu konającem uśmiech, który będzie trwał przez pokolenia w najpłomienniejszym uścisku Wieczności!... W nim się streszcza ów Nietzsche'ański „wieczny pierścień istnienia" dziejowego kołowrotu „wiekuistego powrotu wszystkiego" — z jego przepływem „starych tablic" okrutnej bezwzględności, chciwości, żądzy panowania i samolubstwa tych, co „kąsają, gdy nawet chwost (czyli: ogon) zwiedzony mają"... (J. Słowacki). — Ani w drobnej części nawet doniosłość zagadnienia Napoleonizmu nie ogranicza się w zdawkowych słowach marszałka Foche'a: „Napoléon c'est l'inspirateur des deux victorieuses batailles de la Marne... C'est le principal ouvrier de la France moderne"... bowiem rdzeń jego tkwi w nurtach takiej psychologicznej *bystrości* wzroku, która pozwala mu ze wszystkich namiętności ludzkich uczynić najgwałtowniejszą namiętność myślenia, poznawać w lot i wyróżniać podług dostojeństwa ludzi, oceniać każdy naród podług jego ruchu w marszu, wyzywać śmierć i przeznaczenie, stać się pogromcą niewolnictwa, feudalizmu europejskiego, oswobodzicielem kobiety, zapłodnicielem Rosji, prawodawcą, organizatorem, rządcą, administratorem, opiekunem żyznych nauk, mecenasem sztuk!.., Wyrażając się słowy T. Dostojewskiego stał się On „za wcześnie przybyłym wszechczłowiekiem".— A że był dla wszystkich wszystkiem i innym od wszystkich czyniono

zeń awanturnika, obłąkańca i warjata. Nad tym kątem ułomnego patrzenia płatnych „nauczeńców" zniewoleni jesteśmy zastrzedz, iż nikt inny tylko sam *Cezary Lombroso* stanowczo podaje, iż właśnie Napoleon „nie przedstawia ani śladu obłąkania", z ubolewaniem szczerem dodając, że „nawet genjalność — ta jedyna władza ludzka, przed którą bez wstydu można ugiąć kolana, — została zaliczona przez niektórych psychjatrów wraz ze zbrodniczością, do form teratologicznych umysłowości ludzkiej, do pewnego rodzaju zboczeń umysłowych... Winni są tu lekarze, którzy okazali się oskarżycielami gorszymi od urzędu oskarżenia publicznego (piu fiscali della fisca) i w dodatku oskarżycielami najbardziej fantastycznemi"... Temu szkaradnemu i krzywdzącemu ludzkość błędowi i narowowi przekłada do naprawy rzeczowej, w pięknej formie zapodany, bogaty materjał źródłowy D. Mereżkowski. — Oceny nie wymaga — tylko wiedzy. O najszczuplejszem streszczeniu mowy być nie może. Omal każdy poszczególny rozdział wymagałby z naszej strony specjalnego obszernego studjum sprawozdawczego. To przekroczyłoby ramy dużej księgi. Nie warto się kusić na wypowiedzenie myśli, których nie da się wyrazić w kilku słowach. Może i miał słuszność pewien uczony, udowodniający w r. 1816, (?) iż Napoleon Wielki nigdy nie istniał, a że cała historja o Nim nie jest niczem innem, jak tylko jednym z mytów o Słońcu. I pomyśleć tylko, że Jego życie też było dla kogoś tylko żartem dla świata?! Naprawdę „genjusz jest geografem i przyrodnikiem dziedzin nadzmysłowych". Jakże żywo przypominają się słowa generałowej Carteaux: „laisse faire ce jeune homme — il en sait plus que toi"... Sam pisze o sobie: „Przez całe życie składałem w ofierze wszystko: spokój, korzyści, szczęście — przeznaczeniu swemu". — Mimo to drzwi są doń nadal zamknięte.

Dr. W. HALICKI — Świecie.

Dr. H. RUBINRAUT: „Skuteczne i nieszkodliwe środki zapobiegania ciąży" — z uzasadnieniem społeczno-higjenicznem. Dr. Med. J. Budzińskiej-Tylickiej (Warszawa 1931 r. Cena egz. 1 zł. 50 gr.).

Kto czytał swego czasu (w okresie rychło-powojennym) losy Dalki, występujące we właściwym przekroju jednego z najobficiej wydzielających gruczołów świata, w „Rycerzach Lilji" Cezarego Jellenty (Nakł. Tow. Wyd. „Rapsod" w Warszawie), nie-

zawodnie musiał już wtedy, nie czekając na występy Dr. T. Boy-Żeleńskiego, przychodzić stopniowo do przeświadczenia, iż — gdy wszystko dokoła wre ukrycie i zgrzyta wołaniem o radykalne reformy w każdej dziedzinie życia społ. — „myśli, co gołębim przychodzą krokiem, światem kierują... najcichsze to słowa są, co burzę niosą"... Należy bowiem wiedzieć — jak obwieszcza, kroczący w ślad za „Ecce homo! Fr. Nietzschem, *Prof. Tadeusz Zieliński* — że... powstaje od czasu do czasu osobistość (musi to jednak być osobistość wybitna!), która, widząc z oburzeniem, że ludzie wciąż po staremu chodzą z głową do góry, wygłasza das erlösende Wort: należy chodzić do góry nogami... a potem, kiedy nastąpi znużenie, powstaje nowa osobistość i wygłasza nowe, tym razem rzeczywiście erlösendes Wort: należy chodzić głową do góry. — To orzeczenie jednak zgoła nie ma nic wspólnego z modą, gdyż mody, podobnie jak bezmyślne istoty, zawdzięczają swoje powodzenie przeważnie li tylko ułudzie swej młodości. Problem zaś, którego dotyczy, jest stary, jak świat. Przytem słynną czyni uwagę Pascal, że z punktu widzenia faktów *„Dobro i Zło"* zależą od „szerokości geograficznej"... Czyny zatem, jako objawy fizyczne są obojętne — jedynie świadomość osobnicza czyni je dobremi lub złemi... Czyli, jak następczo stary Montaigne pojaśnia, że to, co jest „zbrodnią z jednej strony rzeki, może być prawem po drugiej stronie rzeki". — Cieszy nas fakt, że poruszone przez nas w zesz. III-IV z 1930 r. „Nowin Psychjatr. *Piekło Kobiet* nie tylko nie traci na znaczeniu, ale też — i nie daje się zasypać, jak gruszki w popiele.

Wyrazem zdania tego służy właśnie omawiana broszurka, nadająca się w zupełności do pobytu śród świata lekarskiego — zwłaszcza wobec ogłoszenia przez prof. W. S. Gruzdziewa, iż „najmniej szkodliwym środkiem w walce (z piebezpiecznemi) poronieniami pozostaje stosowanie środków zapobiegających ciąży. — Z braku u nas odnośnej, gruntowniej omawiającej sprawę, literatury — tem bardziej zasługuje na pilną uwagę i baczne skorzystanie. Szczególnie, że niektóre z przytoczonych pobieżnie w broszurce metod nadawać się mogą już od zaraz do stosowania śród uboższych warstw, zaś w Anglji są propagowane śród całej ludności zapomocą ulotek. Słusznie autor nawołuje do zakładania wzorowo urządzonych odnośnych poradni, wskazując że i Kasy Chorych, tudzież — inne ośrodki zdrowia publicznego, mogły by się zająć wydawaniem kobietom środków zapobiegaw-

czych. Chodziło by tylko o nieodzowny i zaszczytny dostęp do tych instytucyj naszym W. Szanownym Koleżankom, gdyż mężczyźni, niestety, „muszą piastować w sobie odwieczny skostniały szablon, rutynę i zakamieniałość wobec mizerji ludzkiej, być rabami martwej literatury kodeksu“... A jednak potrzeba w tem zachodzi ogromna. Wystarczy przytoczyć w skrócie odpowiedni opis (już podany od paru lat w druku) jednego z naszych Szanownych Kolegów: „Ja osobiście, jak jestem lekarzem, a więc od 22 lat, zdaję sobie sprawę z potworności obowiązującego prawa, ale dopiero gdy mnie losy od paru lat przerzuciły na teren działalności w Kasie Chorych Zagłębia - Dąbr., gdy jako ginekolog zetknąłem się codziennie z 40 do 50-ciu nieszczęśliwemi kobietami, gdy począłem odwiedzać suteryny i poddasza, gdzie roi się od dzieci, a ciągle rodzą i rodzą się nowe, gdzie ojciec przy urodzeniu się *pierwszego* dziecka - córeczki potrafi powiedzieć: „będzie o jedną k . . wę więcej“, gdy zaczęto mi przyprowadzać małe dziewczynki zarażone tryprem przez rodziców i starsze rodzeństwo, z którymi śpią na wspólnych barłogach; gdy spotkałem się z takiemi tragedjami: podczas gdy matka pracuje na utrzymanie siedmiorga dzieci, z których dwoje jest kretynami, ojciec umysłowo chory — zostaje zamknięty w pokoju, a nieraz leży przywiązany do łóżka, żeby dzieci nie zabił i zostaje z tych pęt zwolniony, gdy żona wraca z roboty — po to, by ją poraz 8-my zapłodniono i gdy kobieta ta napróżno błaga lekarzy o przerwanie ciąży... dosyć! — zrozumiałem, że *prawo potrafi być nie tylko bezlitosne, potrafi być podle!!*... Torturowana przez prawo i etykę obecną kobieta nie może się pocieszać tem, że następne pokolenia z tych kajdan się uwolnią. Należy przeto donośnym głosem wołać o sprawiedliwość dla kobiety dzisiejszej!“. — Chyba dość już tego, że każda kobieta dzierżawi od mężczyzny swoje własne ciało itd., że z miłości zrobiono najpotworniejsze narzędzie przemocy, że przemoc staje się jednym z najohydniejszych uśmiechów istnienia, że z małżeństwa uczyniono mordownię dla każdej dumnej, niepodległej duszy, że — jak dowodzi *Fr. Nietzsche:* — „konkubinat uległ także skażeniu: — przez małżeństwo“... ażeby jeszcze odczuwać potrzebę rozkoszowania w liberalnem znęcaniu się nad kobietą...

— „Zbytnia płodność szkodzi ostatecznie pomyślności gatunku“ — zapewnia genjalny *Cez. Lombroso.* — Jej nie zastąpi pod żadnym pozorem zmilitaryzowana ginekologja. O ile przed wielu laty wybitny socjolog Ang. Bernard Shaw głosił, że „ograniczenie

rozrodczości byłoby największym wynalazkiem XIX w." — to z mało mniejszą trafnością dałyby się przytoczyć w naszym XX w. na Powiślu wymowne słowa T. Boy-Żeleńskiego, że „Etatyzm środkowo-europejski może być znacznie okrutniejszy od etatyzmu rosyjskiego". — A na tej podstawie, nie rozwodząc się długo, uważamy dla się wskazane w końcowym akordzie przytoczyć niepospolity głos z niecodziennej „Uczty Dozorców" Tad. Ulanowskiego: „Czy panowie uwierzą? Strejk bardziej mnie przekonywa, niż wojna. Gdybyśmy trochę zastrejkowali z wytwarzaniem dzieci, możeby robotnik był trochę lepiej wynagradzany i nie byłoby tych bezrobotnych... Czy po dawnemu przez solidarność rozumieć należy kłamaną równość?!... Pańszczyzna była też solidarnością... Solidarność, wypalana na pośladkach stad, jest wygodna dla zagonników i poganiaczy, ale prowadzi do — szlachtuza"...

Dr. W. J. HALICKI — Świecie.

Prof. MARJAN ZDZIECHOWSKI „O okrucieństwie". (Nakładem Krak. Sp. Wydawn. 3,50 zł.)

Naczelną podstawą wszelkiego wysiłku stanowi pewnik, iż nie zachodzi braku tam, gdzie niema potrzeby: n. p., już samo poszukiwanie ratowniczych środków uzdrowienia przez pojedyńcze osoby stanowi dowód, że muszą być one w stanie tego lub innego rodzaju niedomagania — w stanie upadku sił. Gdyby osobnik był zdrowym, niezajmowałby się szukaniem zdrowia... Jak poucza tej miary filar umysłowości europejskiej, co *prof. Miecznikow:* niewątpliwie postacie wyższe w hierarchji organicznej mogły się rozwinąć tylko po ich przodkach niższych. Ale nie pociąga to za sobą wniosku, że taki rozwój idzie w kierunku postępowym... Z całego ogółu znanych danych możemy wnioskować, że człowiek przedstawia pewien rodzaj zatrzymania rozwoju małpy antropomorficznej z epoki poprzedniej — coś w rodzaju „potworności" małpiej — nie ze stanowiska estetycznego, lecz czysto zoologicznego. Człowiek mógłby być uważany za cudowne dziecko małpy z mózgiem i inteligencją więcej rozwiniętą niż u rodziców... Co prawda, człowiek od niedawnej epoki na ziemi osiągnął względnie olbrzymi postęp w stosunku do swych przodków antropomorficznych... Do pewnego stopnia w sztuce tworzenia form człowiek (pod niektóremi

względami) okazał się ponoć wyższym od przyrody... dzięki metodycznemu doborowi sztucznemu często udaje się amatorom osiągnąć rezultat pożądany i wzbogacić swoje zbiory nową odmianą szczególnie ciekawą. Amatorowie ptaków i kwiatów przygotowują nawet rysunki, które mogłyby służyć za przewodnik w poszukiwaniu nowych odmian... starano się również w stosunku do ciała ludzkiego przewyższyć przyrodę... usiłowania te jednak doprowadziły tylko do przekonania, że postać ludzka taka, jaką ją stworzyła przyroda, udoskonalona być nie może... przeciwnie, zdanie fanatyków pewnych religij, którzy gardzą ciałem i przedstawiają je w postaciach mniej lub więcej dalekich od rzeczywistości, powinno być odrzucone!...

„Niema więc w naturze ślepego dążenia do postępu". — Biada pozorom szczęśliwości, które łudzą serca mędrków. Trzeba koniecznie zamiast szalbierczej dialektyki zacząć dostrzegać życie. Nic na to nie poradzi, że „okrucieństwo towarzyszy najniepowściągliwszemu pożądaniu"... (Cez. Lombroso). W dziedzinie nauk ścisłych zmysł odkrywczy — to poprostu umiejętność stawiania pytań naturze. Znany fizjolog niemiecki Emil du Bois Reymond wygłosił swe „Ignorabimus", aby ostrzegać, że cały szereg kwestyj pierwszorzędnej wagi dla ludzkości stoi ponad rozumem człowieka i nie będzie nigdy rozwiązanym. „Z pewnością — mówi Guyau — osobliwie nie od wiedzy żądać można dowodów swej trwałości"... „każdy czas tym sprawom służy, które urodzi" (W. Shakespeare). Niestety, jak dobitnie zaznacza Nietzsche: „Tylko to, co nie przestaje boleć, zostaje w pamięci — oto naczelna zasada najstarszej psychologji na ziemi..' Ileż krwi i zgryzoty leży na dnie wszystkich „dobrych rzeczy"... Nawet w starym Emanuelu Kancie imperatyw kategoryczny czuć okrucieństwem!... Nawet samo „gwałcenie sumienia przez prawo pozostaje bez zmiany" — zaznacza prof. Tadeusz Zieliński. — Przyglądając się wynikom, dostarczonym przez metody t. zw. eksperymentalne, trudno nieraz oprzeć się wrażeniu, że miał słuszność Berkeley, kiedy mówił, że nauka służy czasami do tego, ażeby rzeczy jasne i proste uczynić ciemnemi i zawiłemi, — zauważa prof. R. Radziwiłłowicz.

Nie był to taki sobie prosty zwyczajny wypadek, kiedy, tej samej nocy 21. 7, roku 356 przed naszą erą, co przyszedł na świat najwspanialszy z monarchów Aleksander, król mace-

doński, smagany żądzą entuzjazmu, heraklitowym zmysłem wiedziony, po zerwaniu zasłony z potwornego stożka wynaturzeńców rycerskich Herostrat spopielił najpiękniejszy chram efeski. Artaxerxes natychmiast kazał go wziąć na męki. Nie wyznał przytem nic ponadto, czego z zapałem Bohater dowodził, że Ogień go spłodził. Już suchy E. Kant dochodził do przeświadczenia, że „bez entuzjazmu nigdy nic wielkiego na świecie nie zdziałano"... Ten działa nie dla szukania poklasku tłumów, nasycenia kaprysów popytu lub praw mody, jak sobie życzą antykwarjalni urzędnicy. Przeciwnie, mimo surowego zakazu 12 miast jońskich pod karą śmierci przekazywania jego imienia wiekom potomnym — dzięki szeptaniom jedynie — dotarło ono aż do nas... zdające się tryskać i świecić płomiennym snopem buchających uczuć poza framugę torturowej kaźni.

Zaś poczet ówczesnych jego pokoleniu niewiast orzekł, iż został poświęcony Artemidzie Efeskiej. Tajemnica jej tonie w mrokach grobów egipskich, a cześć jej oddawano wedle obrządków perskich. Nie daremnie nad świątynią Izydy miał migotać refren „Żaden śmiertelny zasłony mojej nie podniósł". Większość uczuć wspiera się na tradycji. Przełamać, skruszyć betonowe zwały tradycyjnych kanonów nie jest rzeczą łatwą, ani też bezpieczną. Na niczyją pomoc rachować nie można. „Hier gilt nur der eine Rath: vertraue und handle" (Tu jest tylko jedna miarodajna rada: — ufaj sobie i działaj!") ostrzega sławny Helmholtz. Kierownictwo tworzyło i tworzy wielką radość odświętną omal całej ludzkości. „Natura przedstawia nam przykład nieubłaganego okrucieństwa i najwiekszej niemoralności" zapewnia E. Renan. „Świat... przedstawia widowisko ciągłego uśmiercania ludzi silnych i zdrowych — bądź to nakazanego przez religję, bądź też spowodowanego rozpasaniem instynktu okrutnych, które w człowieku dzikim nie zna żadnego hamulca... Obserwowałem wypadki, które jeśli to jest rzeczą możliwą, przewyższały okrucieństwo cezarów .....zapodaje *Cezary Lombroso,* wyjaśniając dalej, że nawet małżeństwo stanowi tylko „nową formę niewoli... *Przemoc staje się stopniem do moralności"*... Staramy się rozwinąć pewnego rodzaju moralność, która polega na dostarczaniu nam największych zysków z najmniejszą stratą — i osiągamy ten cel bądź za pomocą środków okrutnych, bądź przez podstęp... raz nabyta, lub zdobyta kobieta staje się własnością, której naby-

cie i strata, a nawet pożyczanie i zwrot stają się ściśle uregulowane. Uważana jako towar (— a jest to już wielki postęp! —) kobieta staje się przedmiotem nabycia dla każdego, kto zapłacić może... jest to umowa handlowa... Dlatego właśnie, że kobieta stanowi własność, cudzołóstwo zaczyna być uważane jako kradzież... Religja zawsze zwyczaje dawne uznaje dlatego tylko, że są dawnemi; uświęca więc i przedłuża heteryzm starożytny w formie prostytucji kultowej... Dzisiaj jeszcze całe tłumy prostytutek mieszkają przy świątyniach... Ponieważ kobieta stanowi własność: — jest przynoszącą korzyść... dlatego to z postępem uobyczajenia porwanie i walka zostają tylko jako *symulacja,* jako obrządek religijny, zachowany aż do naszych czasów, który pokrywa umowę sprzedaży, lub inną podobną"... Z tego rodzaju trzęsawiskiem i wylęgarnią okrucieństwa wypadło zetknąć się młodocianemu synowi Efezu (już w podupadającej Grecji) w podwojach chramu, mieszczącego najwyuzdańszy lupanar, z którego kapłani ciągnęli sowite zyski, a biedne greczynki otrzymywane datki od mężczyzn składały do skarbca ołtarza zasłoniętego posągu Artemidy... ołtarza obłudnej i perfidnej zasady, modlącej się za dusze potopionych w dołach kloacznych swoich własnych dzieci... „składano niegdyś na szczycie kurhanów ofiary z ludzi, lecz niema zgoła wygasłej religji, której by nie obarczono temi ohydnemi obrzędami" — oświadcza Pr. Mérimée. I dlatego nic dziwnego, że w pracach, charakteryzujących naszą współczesność, H. Taine'a czytamy, co następuje: „Gdy patrzymy na witraże, na posągi w katedrach... zda się, że rasa ludzka wyrodziła się i zmarniała krew ludzka: widzimy świętych wynędzniałych, męczenników rozczłonkowanych, dziewice z płaską piersią, ze zbyt długiemi nogami, z grubemi rękoma, pustelników wyschłych i jakby pozbawionych wewnętrznej zawartości, Chrystusów skurczonych i krwawych, całe procesje osób ciemnych, nieruchomych, świętych, w których odbijają się wszystkie brzydoty nędzy i wszystkie obawy przygnębienia". Ani ździebełka uzdrowotniającego powiewu Reformacji... Naprawdę, tak, jak za dawnych dobrych czasów, kiedy to „wielcyśmy byli i śmieszniśmy byli, bośmy się duchem bożym tak popili, że nam pogórza, ojczyste grobowce przy dźwięku fletni skakały jak owce"... Po dostępnem i możliwem ogarnięciu szerszych widnokręgów dotyczącego zagadnienia, tak się wyrażę, tła dziejowo - rozwojowego

przystępuję wreszcie do wglądu pracy ciekawej i nader bogatej w zasób myślowy sławnego uczonego Wszechnicy Króla Stefana Batorego w Wilnie prof. M. Zdziechowskiego „O okrucieństwie“, z góry nadmieniając, że dla braku miejsca ograniczyć się zmuszony jestem do wydobycia z dzieła zaledwie kilka postulatów, całość zawartości cennej pozostawiając w oryginale łaskawym względom czytającego ogółu. W pewnym miejscu W. Szan. autor skromnie wygłasza: „Przeżyłem w mojem życiu jeden niespodziewany dla mnie dzień, w którym imię moje zostało wymienione wśród kandydatów na najwyższe w Polsce stanowisko. Czy mam wyznać, co między innemi przesunęło się na początku przez myśl moją, czy raczej wyobraźnię, i szczerze mnie ubawiło? Obraz wszecheuropejskiego skandalu, że na czele Państwa postawiono kogoś, kto myśliwym nie jest i żadna moc go nie zmusi do udziału w obowiązkowej rozrywce panujących i możnych tego świata. Rzeczą gorszą niż polowania są codzienne po całym szerokim świecie składane hekatomby... w imię niby to nauki, ale czy nie częściej jeszcze dla zadowolenia podłych sadystycznych instynktów tych, których A. Schopenhauer pogardliwie „medykastrami“ nazywał. Oczywiście, stawioną mu w pierwszym rzędzie propozycję objęcia włodarstwa nowo wskrzeszonego Państwa wspaniałomyślnie odrzucił. Wysoce znamienną rzeczą jest fakt, ostatnio przez sumienniejszych badaczy podnoszony, iż nieznający ludzkiej trwogi wielki Napoleon Bonaparte bladł, gdy słyszał opowieści o okrucieństwach.

Omawiana praca podzielona jest na cztery następujące części: I. Z psychologji okrucieństwa. II. Inkwizycje. III. Procesy czarownic. IV. Człowiek a zwierzę.

Części druga i trzecia zawierają cały arsenał niewyczerpanej pomysłowości inkwizytorów i tych rozmaitych form okrucieństwa względem człowieka, od kiedy tortura stała się przedewszystkiem przywilejem cywilizacji. Odtąd oczywiście tortura staje się nieodstępną towarzyszką procedury karnej. Ostatecznie okrucieństwo staje się poprostu sztuką... „Ażeby należycie uzasadnić potrzebę inkwizycji, umiano wynaleźć dla niej podstawy w ewangelji, mianowicie w słowach Chrystusa o latorośli, która uschła i którą do ognia wrzucono (Jan XV.6.) Zbawiciel świata stawał się w ten sposób pierwszym inkwizytorem... Człowiek umiał wykazać niezrównany zaiste genjusz

w ogarnianiu wszystkich możliwości cierpiącego ciała, w kombinowaniu ich i odkrywaniu nowych. Wobec powagi prawników, dla których wynalezienie nowej tortury było przedmiotem dumy... Uważając za najstraszniejszą kartę w historji okrucieństwa procesy czarownic i czarowników — mimo operowania rozległym materjałem — Szan. Autor wyznaje, iż całkowitej historji okrucieństwa nie posiadamy. I wychodząc z założenia, iż „zaciekłość, z jaką czarownice tępiono, nasuwa przypuszczenie, że działo się to pod naciskiem pobudki głębszej, niż głupi zabobon“, czyni próbę możliwości wyrozumowania pochodnej tej perwersyjnej dysgregacji psychicznej jak u Krafft — Ebinga posiada takie określenie: „Okrucieństwo i rozkosz — to dwie siostry“. Tym dociekaniom daremnym poświęca część I i IV. Nie wdając się w djalektyczne rozstrząsania narracyjnie poruszonych kwestyj, pozwolimy sobie wyrazić tylko mniemanie, iż na rozwikłanie zawiłego problemu zapotrzebować się będzie mogło wiele dziesiątek lat w sprzyjających warunkach pracy najtęższych umysłów w tym kierunku nastawiających swą uwagę. Już samo spostrzeżenie Szan. Autora, że „dziecko jest, jak małpa, urodzonym psotnikiem... Okrótnem jest dziecko — biada bezbronnemu zwierzęciu, które się do rąk jego dostanie“... nasuwa przeświadczenie konieczności dokonania wiekowych studjów nad zagadnieniem dziedziczenia pierwiastków składni psychicznej, zanim się będzie mogło dojść do czegoś konkretniejszego. Pod tym względem wielką szkodą się staje dla społeczeństwa przemilczenie (szczególnie w prasie ogólnej i zwłaszcza prawniczej) rzeczowej i cennej pracy Dra Oskara Bielawskiego „O zbrodni i zbrodniarzu“. Nie wątpię, że na wzór Ferri'ego, odróżniającego aż 22 rodzaje dokonywanych w świecie zwierzęcym morderstw, można jeszcze serję sklasyfikować przeróżnych odcieni, odmian i rodzajów okrucieństwa, jednak śmiem przypuszczać, że tego rodzaju makulatura na nic by się nie zdała i nikomu ze szlachetnych nie przypada. Nie zmieni też postaci rzeczy, że kiedy omal każde zwierzę, najbardziej nawet drapieżne, cechuje prawość (Wahrhaftigkeit), niezdolność do kłamstwa, „w okrucieństwie mamy najbardziej odrażającą formę podłości... Okrucieństwo polega na umyślnem i rozmyślnem sprawianiu cierpienia istocie żywej, czującej“... Okrucieństwo jest dla okrutnika rozkoszą — mówi René Guyau — najobrzydliwszą, jaka się da wyobrazić, a to

dlatego, że rozkosz ta jest w istocie swej podła... Jeżeli chwilowo „w twardość i pychę chrześcijan wobec zwierzęcia wniósł renesans lekki, ale bardzo lekki powiew łagodności i zrozumienia, lecz, niestety, wkrótce wmieszał się do tego pedantyzm filozoficzny i oto pojawia się zdumiewające zaiste, jak wyraża się Guyau, „deklaracja“ kartezjanizmu, która sprowadza zwierzę do poziomu maszyn i automatów bez czucia“, to zaiste czasy obecne nawet tym „lekkim powiewem“ poszczycić się nie mogą!

Narazie nie sposób jest dostrzedz lub przewidzieć kresu judaistycznego okrucieństwa, stawianego na równi z apostolstwem, tej perswersji religijnej, skwapliwie przystającej po stronie Kartezjusza. Czyżby na zawsze został tryumfatorem atak, skierowany swego czasu na Celsyusza, który ostro się przeciwstawił poglądom chrześcijańskim, odmawiającym duszy i rozumu zwierzęciu. A w tem mianowicie tkwi znaczna część zależnościowa omawianego zagadnienia. Właśnie najbardziej w tej płaszczyźnie wykopało chrześcijaństwo przepaść, której nie znała Grecja starożytna, gdzie świat zwierzęcy, jak wskazuje prof. Tadeusz Zieliński, miał opiekunkę swoją w bogini Artemidzie. W tym czasie, jak Arystoteles w swojej historji naturalnej dowodzi, że dusza człowieka w dzieciństwie jest na poziomie duszy zwierzęcej, a Anaksagoras nazywał człowieka najmędrszem ze zwierząt, u nas w naszych czasach „zamiast wdzięczności za wierność“, używa się najpopularniejszej zwrotki: „psia krew“. Słowem dorzuca się pełne ważkiej sentencji zdanie czcigodnego prof. M. Zdziechowskiego: Gdziekolwiek się pojawia człowiek, szczęście z tamtąd uciekło, dziczał świat zwierzęcy... Jak często, niesłusznie, jak krzywdząco zamiast podłość, czy okrucieństwo mówi się „zezwierzęcenie“. — Czyżby zwierzęta nie miały większego prawa do używania w podobnych wypadkach wyrazu — „zczłowieczenie“ — ? O ile teraz przypadkiem ktoś zechciałby mi zadać pytanie, jaki osobiście czynnik psychogenetyczny uważam za dominujący w roli powstania okrucieństwa, nie zawahałbym się ani chwili odwołać się do genjalnego w tym zakresie odkryć psychofizjologicznych Prof. Fr. Nietzsche. Otóż poucza: „My ludzie nowocześni, jesteśmy spadkobiercami wiwisekcji sumienia i samoudręczenia się zwierząt od tysiącleci... Lecz czyście też siebie samych pytali dość, jak drogo opłaca się na ziemi

wzniesienia każdemu ideału?... Wszystkie instynkty, nie mogące wyładować się na zewnątrz, *zwracają się wewnątrz* — oto co nazywam uwewnętrznieniem człowieka; tak dopiero przyrasta do człowieka to, co się później jego — „duszą“ zowie — ... *Człowiek rozchorował się na człowieka, na siebie samego*... tkwi tu choroba, nie ulega wątpliwości, najstraszniejsza choroba, jaka dotychczas w człowieku szalała... Ten człowiek z „sumieniem nieczystem“ owładnął założeniem religijnem, by swoją samoudrękę doprowadzić do najokropniejszej srogości i surowości. „Wina przeciw Bogu“! — ta myśl staje się dlań narzędziem tortury... a wszystkie religje są w najgłębszej istocie systemami okrucieństw... W jaki sposób stwarza się człowiekowi-zwierzęciu pamięć?: — Wypala się ogniem, co ma zostać w pamięci... może nawet niema nic straszliwszego i niesamowitszego w całych przeddziałach człowieka nad jego *mnemotechnikę“*... („Z geneologji moralności“). „Poza tem co widzimy — mówi Finot — zawsze jest coś, czego nie widzimy, a to niewidzialne nas przestrasza“. Zabobonne zakłócenia pierwiastków psychicznych przed niepewnością uważa osobiście za główny bodziec, popychający do okrucieństwa i z tego wynikające kardynalne *oświadczenie Napoleona:* „Przyzwyczajenie się do najokrutniejszych faktów nie zatwardza serca tak bardzo, jak je zatwardzają *abstrakcje!“*.

Dr. WITOLD HALICKI (Świecie n/W.).

SPRAWOZDANIA Z ZAKŁAD. PSYCHJ. W POLSCE.

Zakład Psychjatryczny w Drewnicy.

Sprawozdanie za rok 1930/31.

Zestawił Dyrektor Dr. med. JAN GRUSZECKI.

Zakład posiadał z końcem roku sprawozdawczego 350 miejsc etatowych, podczas gdy faktycznie mieścił w tymże terminie 428 chorych. Przepełnieniu Zakładu należy też przypisać w znacznej mierze stosunkowo znaczny odsetek śmiertelności wśród chorych na tle gruźlicy, niema bowiem możności przeznaczenia specjalnego pawilonu dla gruźliczo - chorych. Pewną poprawę w tej trudnej sytuacji dało się osiągnąć przez całkowite izolowanie tych chorych, przynajmniej na pawilonach kobiecych, dzięki czemu śmiertelność na tle gruźlicy, w stosunku do ubiegłego roku, zmniejszyła się o 20 proc.

Odsetek pracujących chorych z każdym rokiem wyraźnie wzrasta, szczególnie u mężczyzn. Duży procent świeżych przyjęć (napływ psychoz ostrych) wpłynął na to, że odsetek zajętych nie jest jeszcze maksymalny.

Liczba przypadków samowolnego oddalenia się w roku sprawozdawczym znacznie się zmiejszyła. Oddaliło się ogółem 20 mężczyzn i 8 kobiet, z tej liczby wróciło do Zakładu 17 osób.

Wypadku samobójstwa nie było, natomiast zdarzyło się kilka nieszczęśliwych wypadków (1 krwotok mózgu ze zejściem śmiertelnym, złamanie nogi, zwichnięcie ręki i in.). Zdarzył się pozatem fakt wyjątkowy pobicia spokojnego chorego przez służbę; winni zostali pociągnięci do odpowiedzialności sądowej.

Personel pielęgniarski uczęszczał na kursa z dziedziny anatomji, fizjologji, hygjeny, pielęgniarstwa psychjatrycznego i historji Polski. Frekwencja na nie wynosiła 75 proc.

Z pośród środków krępujących stosowano (na oddziałach męskich) 12 razy w ciągu roku kocowania wilgotne. W razie silnego podniecenia izoluje się chorego w separatce, ale tylko na krótki okres czasu. Prowadzi się systematyczne notowania ilości przespanych godzin przez niespokojnych chorych w ciągu dnia i nocy; Dyrekcja Zakładu potwierdza słuszność postępowania

tych psychjatrów, którzy stosują lek nasenny tylko wtedy, gdy chory przez 3 dni z rzędu śpi mniej więcej 4 godziny na dobę.

Jak w latach poprzednich, stosowano również w przypadkach schorzeń paraluetycznych leczenie malarją. Na 20 przypadków p. p. uzyskano 4 przypadki znacznej poprawy zdolności do pracy, 7 przypadków miernej poprawy, 5 bez poprawy, w czasie leczenia malarją zmarło 4. W przypadkach schizofrenji kontynuowano doświadczenia nad stosowaniem dożylnem szczepionki durowej na 26 przypadków uzyskano w 4-ch polepszenie, remisje trwały jednak zaledwie od kilku do kilkunastu tygodni. Stosowanie kombinacji skopolaminy z insuliną w kilku przypadkach parkinsonizmu nie dało dotąd wyników zadowalających.

W maju 1930 wybuchła w Zakładzie epidemja biegunki krwawej, która pochłonęła 7 ofiar. Epidemję opanowano.

W Zakładzie pracowało — prócz Dyrektora — 2 ordynatorów, 2 asystentów i 1 absolw. med. Oprócz sił lekarskich Zakład zatrudnia ogółem 78 osób, w tem 44 osoby personelu pielęgniarskiego.

Ruch chorych.

	m.	k.	razem
Pozostało z roku poprzedniego:	192	244	436
Przyjęto w ciągu roku .	109	149	258
razem leczono . , :	301	393	694
wypisano	85	111	196
przeniesiono do in. szpitali	1	4	5
zmarło	33	32	65
pozostało na rok 1931/32 .	182	246	428

Przeciętnie dla jednego chorego przypada 229,8 dni szpitalnych.

Podług rozpoznania było wśród chorych w roku sprawozdawczym przyjętych m. in. cierpiących: na padaczkę 14, na psychozy alkoholowe 10 (9 + 1), na p. p. i inne psychozy pochodzenia kiłowego 40 (24 + 16), na schizofrenję 123 (36 + 87), na psychozę m.-depr. 12 (3 + 9). Główny kontyngent tych chorych dostarczyły: m. Warszawa, oraz województwa warszawskie, lubelskie i poleskie. Chorzy wyznania rz.-katolickiego stanowili 77,05 proc. wyznania prawosławnego 7,39 proc., wyznania mojżeszowego 14,18 proc. ogółu przyjętych w roku sprawozdawczym; Odsetek kawalerów i panien wynosił 46,70 proc., żonatych i mężatek 48,25 proc. ogółu przyjętych. Analfabetów było 27,13 proc. z wy-

kształceniem średniem 6,58 proc. Podział według zajęć zawodowych u nowoprzyjętych nie wykazuje znaczniejszych odchyleń od danych zebranych w innych zakładach,

Zwolnieni jako zdrowi (w znaczeniu wyleczenia społecznego) stanowią 1.87 proc., zwolnieni w stanie poprawy 12,54 proc., bez poprawy 13,83 proc., przeniesieni do innych zakładów 0,72 proc., wreszcie zmarli 9,37 proc. ogółu chorych leczonych w Zakładzie w roku sprawozdawczym.

Wśród przyczyn zejść śmiertelnych zajmują czołowe miejsca: gruźlica płuc (5 m. + 13 kob.), uwiąd porażeniowy (8 m. + 3 k.), krwotoczne zapalenie okrężnicy (5 m. + 2 k.) oraz choroby serca (6 m. + 1 k.) i uwiąd starczy (2 m. + 5 k.).

Sprawozdanie rachunkowe Zakładu:

A. Dochody.

opłaty za utrzymanie chorych	722.913,50 zł
dochody z majątku i gospodarstwa . .	43.030,47 „
dochody z rezerwy	173.031,64 „
ogółem	938.975,61 zł.

B. Wydatki.

wydatki osobowe	192.127,95 zł
żywienie chorych	161.246,35 zł
wydatki na pomieszczenie (komorne, światło, opał, woda i in.)	251.827,41 „
bielizna, pościel, odzież, obuwie . . .	17.448,74 „
leki, narzędzia chirurg., bibljoteka lek. i inn.	8.018,63 „
utrzymanie folwarku, ogrodów i in. . .	21.293,21 „
amortyzacja	48.292,84 „
inne	38.772,46 „
ogółem	739.027,59 zł.

Faktyczny koszt dzienny utrzymania jednego chorego w roku sprawozdawczym wynosił 4,63 zł.

Ciężkim ciosem dla Zakładu była śmierć ś. p. Dra Karola Rychlińskiego, właściwego twórcy i kuratora Zakładu, który całą wrodzoną energję, upartą wolę, czas, karjerę swoją poświęcił umiłowanej przez siebie Drewnicy i położył trwałe podwaliny dalszego jej szerokiego rozwoju.

Streścił: BR. MAKOWSKI — Dziekanka.

Krajowy Zakład Psychjatryczny „Dziekanka“.

Sprawozdanie za rok 1931/32.

(od 1. IV. 1931 do 31. III. 1932).

Zestawił Dyrektor Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Zakład mieści się we własnych gmachach, położonych w Dziekance, poczta i stacja kolejowa Gniezno. Zakład posiada urządzenia dla 1.128 chorych (na jednego chorego przypada 30 m^3).

Na początku roku sprawozdawczego (w dniu 1. IV. 1931) znajdowało się w Zakładzie 1.079 chorych, w końcu zaś roku (w dniu 31. III. 1932) 1.030 chorych. W opiece rodzinnej przebywało przeciętnie dziennie 53 chorych, i to 25 mężczyzn i 28 kobiet.

W roku sprawozdawczym leczyło się w zakładzie dziennie przeciętnie 1.083 chorych.

Rewizje: Rewizji Zakładu, kasy i ekonomji dokonał p. wyż. radca kraj. Mielcarzewicz (3 razy) i radca rach. p. Arndt (2 razy)

Personalja: W dniu 16. czerwca 1931 wstąpiła do Zakładu tutejszego w charakterze lekarza asystenta p. Dr. Stefanja Kaiserówna, w dniu 1. lipca 1931 w charakterze praktykanta lekarskiego i laboranta p. Jan Wieczór, w dniu 1 lipca 1931 w charakterze praktykanta lekarskiego p. Mieczysław Gadzinowski, w dniu 1 sierpnia 1931 w charakterze praktykanta lekarskiego p. Dr. Florjan Bronicki, w dniu 3 listopada 1931 w charakterze lekarza asystenta p. Dr. med. Dr. phil. Kazimierz Wize, dnia 18 listopada 1931 w charakterze praktykanta lekarskiego p. Franciszek Remelski, w dniu 7 grudnia 1931 w charakterze praktykanta lekarskiego p. Bernard Busza.

Opuścili służbę: w dniu 15 maja 1931 praktykant lekarski p. Dr. Dyonizy Dakura, w dniu 31. maja 1931 lekarz asystent p. Dr. Witold Winiarz, w dniu 10 czerwca 1931 lekarz asystent p. Dr. Józef Wielawski, w dniu 15 września 1931 praktykant lekarski p. Dr. Florjan Bronicki, w dniu 30 września 1931 lekarze asystenci p. Dr. Eugenjusz Dejter, p. Dr. Elżbieta Stejkowska - Dejterowa, oraz lekarz ordynator p. Dr. Wacław Gorzkowski.

Zmiana młodszego personału pielęgniarskiego pomocniczego i posługującego wynosiła w stosunku do stanu z dnia 31. marca 1931, 2 proc. dla personału męskiego (przeniesienie do innego Zakładu Psychjatrycznego na własne życzenie) i 12,5 proc. dla żeńskiego (zamążpójście i odejście na własne życzenie.) Jedna pielęgniarka zmarła.

Na czele Zakładu stał Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Aleksander Piotrowski.

Z końcem roku sprawozdawczego (w dniu 31. marca 1932) pełnili w Dziekance służbę lekarską — obok Dyrektora — następujący lekarze: p. Dr. Wilczyński Franciszek, p. Dr. Świerczek Stanisław, jako prymarjusze, p. Dr. med. Dr. phil. Wize Kazimierz, p. Dr. Zakrzewska Antonina, p. Dr. Kaiserówna Stefanja, jako lekarze asystenci i praktykanci lekarscy p. Sułkowski Roman, p. Wieczór Jan, p. Gadzinowski Mieczysław, p. Remelski Franciszek, p. Bernard Busza.

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych (z wyjątkiem świąt i niedziel) sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, omawiając stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi terapeutyczne, zachowanie się nowoprzyjętych chorych i wogóle pacjentów i pacjentek z osobliwemi patologicznemi przejawami, na osobnych posiedzeniach klinicznych lekarze przedstawiali pacjentów i rozpatrywali ciekawe przypadki psychjatryczne, neurologiczne i sądowo psychjatryczne i omawiali sprawy aktualne z dziedziny psychjatrji, neurologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem.

W roku sprawozdawczym w Dziekance ogłosili drukiem wzgl. referowali następujące prace:

I. Dyrektor Dr. med. Dr. phil, Al. Piotrowski, redaktor Nowin Psychjatrycznych i Przewodnika Pielęgniarskiego:

1) Rozpoznanie kliniczne paraliżu postępującego z uwzględnieniem wyników badań serologicznych. Now. Psych. 1931, III-IV.

2) Czy rokowanie w paraliżu postępującym obecnie jest pomyślniejsze? Now. Psych. 1931, III-IV.

3) Sprawozdanie z Dziekanki za rok 1930/31, Now. Psych. 1931, I II, pozatem drukował streszczenia i oceny w Nowinach Psychjatrycznych i wygłosił szereg referatów na posiedzeniach klinicznych, w roku 1931, od 31. VIII do 4. IX. brał udział w Międzynarodowym Kongresie Neurologów w Bernie Szwajcarskim.

II. Dr. St. Świerczek ogłosił drukiem:

1) Krytyczne rozważania nad malarją leczniczą w porażeniu postępującym. Now. Psych. 1931, I-II.

2) Doświadczenia lecznicze z hexophan-natrium. Now. Psych. 1931, III-IV.

3) Zjazd Psychjatrów Polskich w Lwowie, w dn. 23. — 25. V. 1931. Now. Psych. 1931. III-IV.

III. Dr. W. Gorzkowski ogłosił drukiem:

1) Langbeinit w leczeniu reumatyzmu i artretyzmu. Now. Psych. 1931, I II.

2) Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi w Dziekance. Now. Psych. 1931, III IV.

IV. Dr. J. Gawroński ogłosił drukiem:

1) Alkoholizm u dziatwy i młodzieży, a szkoła. Now. Psych. 1931, I-II.

Pozatem lekarze Zakładu i nadpielęgniarze ogłosili drukiem w Przewodniku Pielęgniarskim szereg artykułów oryginalnych, streszczeń i ocen, a mianowicie:

A. ORYGINALNE PRACE:

I. Dr. A. Zakrzewska: 1) Prawa i obowiązki pielęgniarza. Przew. Piel., 1931, I, II, III, IV.

II. Dr. W. Bibrowicz: 1) Przyjmowanie chorych do szpitala psychjatrycznego. Przew. Piel. 1931. II.

III. Dr. E. Stejkowska-Dejterowa: 1) Spostrzeżenia nad wpływem audycyj radjowych na chorych psychicznie. Przew. Piel. 1931, III.

IV. Dr. R. Wołowiec: 1) Zachowanie się tętna w przebiegu chorób, Przew. Piel. 1931. IV.

V. J. Medem, praktykant lekarski: 1) Pielęgnowanie chorych i zaburzenia w oddawaniu stolca i moczu. Przew. Piel. 1931, II.

VI. A. Bartoszakówna. nadpielęgniarka: 1) Kilka uwag o przygotowaniu służby pielęgniarskiej. Przew. Piel. 1931, I.

2) Koronkarstwo jako czynnik zajęciowo-terapeutyczny. Przew. Piel. 1931, III.

B. W streszczeniu:

I. Dr. J. Gawroński ogłosił drukiem: 1) Pielęgniarstwo psychjatryczne w Dziekance w ostatnich 10 latach (autoreferat). Przew. Piel. 1931, I. 2) Organizacja opieki nad psychopatami, oraz metody leczniczo wychowawcze w tej dziedzinie. (Now. Psychj., 1929, III-IV). Przew. Piel. 1931, III.

II. Dr. E. Stejkowska - Dejterowa: 1) Tobiczek: O endemji kiły na Huculszczyźnie. (Zdrowie, 1930, nr. 17). Przew. Piel. 1931, II. 2) P. Schulze: Stacja opieki nad psychicznie chorymi. (Geisteskrankenpflege 1930, nr. 9). Przew. Piel. 1931, IV.

III. R. Sułkowski: 1) Raecke: Dzieci psychopatyczne (Geisteskrankenpflege 1930, Nr. 6.). Przew. Piel. 1931, I.

IV. E. Mràvincics 1) M. Fischer: Rozwój i stan opieki społecznej do psychicznie chorych. (Geisteskrankenpflege 1930, nr. 7). Przew. Piel. 1931, III.

Lekarze korzystali często z lekarskiej bibljoteki zakładowej, oraz z licznych fachowych czasopism krajowych i zagranicznych, abonowanych drogą wymiany za Nowiny Psychjatryczne, mianowicie:

1. Archiwum Historji i Filozofji Med
2. Archiwum Higjeny
3. Biologja Lekarska
4. Czasopismo Sądowo-Lek.
5. Czyn Młodzieży
6. Droga do Zdrowia
7. Gruźlica
8. Ginekologja Polska
9. Homeopatja i Zdrowie
10. Kronika Dentystyczna
11. Kwartalnik Kliniczny
12. Lekarz Wojskowy
13. Medycyna
14. Medyc. Doświadczalna i Społeczn
15. Medycyna Praktyczna
16. Medycyna Warszawska
17. Neurologja
18. Nowiny Lekarskie
19. Nowiny Psychjatryczne
20. Nowiny Społecz. Lekarskie
21. Pamiętnik Wileńsk. Tow. Lekarsk
22. Polska Gazeta Lekarska
23. Polska Praktyka Medycz.
24. Prawo życia
25. Przegląd Antropologiczny
26. Przegląd Dermatologiczny
27. Przegląd Sportowo-Lekarski
28. Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy
29. Rocznik Psychjatryczny
30. Rocznik Tow. Naukow. w Toruniu
31. Terapja Nowa.
32. Trzeźwość
33. Świt
34. Szkoła Specjalna
35. Warszawskie Czasop. Lekarskie
36. Wiadomości Terapeutyczne.
37. Wiedza Lekarska
38. Wiedza i Życie
39. Wychowanie Fizyczne
40. Wiadomości Kas Chorych
41. Wiadomości Lekarskie
42. Zagadnienia Metapsychiczne
43. Zagadnienia Rasy
44. Zapiski Tow. Naukow. w Toruniu
45. Zdrowie
46. Annales Médico - Psychologiques
47. Gazette des Hopitaux.
48. L'Hygiène Mentale
49. L'Encéphale
50. Journal Médico Biologique
51. Revue Neurologique
52. Rassegna di Studii Psychiatrici
53. Rivista di Patol. Nervosa e Mentale
54. Rivista di Neurologia
55. Mentale Hygiene
56. Mentale Hygiene Biulletin
57. Fortschritte der Medizin
58. Geisteskrankenpflege
59. Zentralblat für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie.
60. Protokoły Vedeckych Schorzeń
61. Duše.

Personel administracyjny. Rendantem (poborcą) zakładowym był p. Kaczmarek Stanisław, inspektorem p. Cabański Józef, sekretarzem p. Ożegalski Jan, emeryt. major artyl.

Duszpasterstwo sprawowali: ksiądz proboszcz Chilomer, pastor Schulze i rabin Dr. Krausz.

Nabożeństwa odbywały sie w kaplicy zakładowej: dla katolików co tydzień, dla ewangelików co dwa tygodnie, dla żydów (w sali wykładowej) co cztery tygodnie. Pacjenci katolicy przystępowali do sakramentów św., o ile ich stan psychiczny na to zezwalał.

Zakład liczył w roku sprawozdawczym (w dniu 31. marca 1932) urzędników i funkcjonarjuszy:

Etatowych						Klasyfikowanych						Kontraktowych						Pobocznych			Razem
lekarzy	urzędn. admin.	pom. biurow.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	urzędn. admin.	pom. biurow	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	urzędn. admin.	pom. biurow.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	duszpasterzy	organista	prakt. lekarzy	Ogółem
3	2	2	5	40	6	1	—	—	6	13	2	2	1	5	2	93	13	3	1	5	205

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się przeciętnie jak 1 : 7,4. Zakład zatrudniał (w dniu 31. marca 1932) personału ogółem (lekarzy, urzędników administracyjnych, biurowych, pielęgniarzy i pielęgniarek, rzemieślników, oraz służby gospodarczej i pob.) 205 na 1030 pacjentów, to znaczy, że ogólny stosunek ilościowy personału do chorych przedstawiał się jak 1 : 5,02.

W roku sprawozdawczym przypadało w Dziekance na jednego lekarza przeciętnie 181 chorych, w roku 1930/31 121 chorych.

W celach terapeutycznych było stale zajętych przeciętnie 92,3 proc. chorych rozmaitemi pracami: na roli, w ogrodach, w pawilonach, we warsztatach, w biurach i robótkami ręcznemi.

II. Statystyka.

Tablica I.

	m.	k.	razem	mężcz.	kobiet	razem
W dniu 31. III. 1931 r. było				564	515	1079
przebyło w czasie od 1. 4. 1931 do 31. 3. 1932 r. . .				143	149	292
Leczono ogółem				707	664	1371
Ubyło w czasie od 1. 4. 31. do 31 3. 32 r.:						
a) przez wypisanie	151	130	281			
c) przez śmierć	37	23	60	188	153	341
Pozostało na 31. 3. 32				519	511	1

Tablica II. Stan chorych według wyznania.

	rz. kat.		gr. kat		pr. sł.		protest		żydzi		inne		Razem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
W dniu 31. 3. 1931 było	410	349	20	21	—	—	67	78	67	65	—	2	564	515
Przybyło w czasie od 1. 4. 31. do 31. 3. 32 r.	113	126	1	—	1	—	17	14	9	8	2	1	143	149
Razem:	523	475	21	21	1	—	84	92	76	73	2	3	707	664
Ubyło w r. sprawozdaw.	136	114	4	2	1	-	16	14	29	20	2	3	188	153
Pozostało na 31. 3. 1932	387	361	17	19	—	—	68	78	47	53	—	—	519	511

Tablica III. Wiek pacjentów nowoprzyjętych.

	Mężcz.	Kob
do lat 20	11	8
„ „ 30	53	47
„ „ 40	38	41
„ „ 50	20	32
„ „ 60	14	11
„ „ 70	6	7
„ „ 80	1	3
wiek nieznany	—	—
Razem:	143	149

Tablica IV. Rozpoznanie choroby u pacjentów nowoprzyjętych.

Rozpoznanie	katol. i gr. kat		protest.		prawosł		żydzi		inne		Razem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Paralysis progr.	27	12	3	1	—	—	2	—	—	—	32	13
Taboparalysis	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Psychosis luetica	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
Arteriosclerosis	2	4	1	2	—	—	—	—	—	—	3	6
Dementia senilis	5	7	—	—	—	—	1	—	—	—	6	7
Psychosis organica	—	3	—	1	—	—	—	1	—	—	—	5
Psychosis traumatica	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Psych. ex inanitione	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
Psych. intoxicativa	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Alcoholismus	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	7	—
Delirium tremens	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Morphinismus	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—
Psych. ex infectione	2	5	—	2	—	—	—	—	—	—	2	7
Encephalitis letargica	8	1	2	—	—	—	—	—	—	—	10	1
Oligophrenia	10	17	4	1	1	—	—	1	1	1	16	20
Epilepsia	7	5	1	—	—	—	—	—	—	—	8	5
Psych. man.-depres.	7	23	—	4	—	—	1	3	—	—	8	30
Psychosis reactiva	8	11	3	—	—	—	1	1	1	—	13	12
Schizophrenia	7	7	2	1	—	—	2	1	—	—	11	9
Paraphrenia	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2
Psychopathia	8	4	—	1	—	—	1	—	—	—	9	5
Hysteria	1	17	—	1	—	—	1	—	—	—	2	18
Sine morbo	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Razem:	114	126	17	14	1	—	9	8	2	1	143	149

Tablica V.

Śmiertelność w poszczególnych miesiącach.

		Mężcz.	Kob.	Razem
w kwietniu	1931 r.	5	1	6
w maju	„	4	—	4
w czerwcu	„	5	2	7
w lipcu	„	4	—	4
w sierpniu	„	2	2	4
w wrześniu	„	1	1	2
w październiku	„	3	1	4
w listopadzie	„	2	3	5
w grudniu	„	2	5	7
w styczniu	1932 r.	2	3	5
w lutym	„	1	4	5
w marcu	„	6	1	7
	Razem:	37	23	60

Tablica VI.

Przyczyna zgonu.

Rozpoznanie	Mężcz.	Kobiet	Razem
Paralysis progressiva	11	1	12
Taboparalysis	1	—	1
Status epilepticus	5	—	5
Adynamia cordis	3	4	7
Myocarditis chronica	2	2	4
Marasmus senilis	9	3	4
Diabetes mellitus	—	1	1
Tbc. pulm. et intest.	8	6	14
Pneumonia	3	2	5
Pleuritis et pneumonia	1	—	1
Diptheria	1	—	1
Arteriosclerosis	—	1	1
Erisipelas c. complicatione	—	1	1
Incarceratio interna	1	—	1
Chorea Huntingtoni	—	1	1
Inanitio	—	1	1
Razem:	37	23	60

Tablica VII.

Stan rodzinny chorych, przyjętych w roku sprawozdawczym.

	Mężcz.	Kob.
samotni	79	71
stanu małżeńskiego	59	62
wdowcy i wdowy	2	12
w rozwodzie	1	2
stan niewiadomy	2	2
Razem:	143	149

Tablica VIII. Poraz który w Zakładzie.

	Mężcz.	Kob.
poraz 1-szy	109	111
„ 2-gi	22	28
„ 3-ci	10	7
„ 4-ty	—	2
„ 5-ty	—	—
„ 6-ty	—	1
„ 7-my	2	—
Razem:	143	149

Tablica IX. Jak długo chorował pacjent przed przyjęciem do Zakładu.

	Mężcz.	Kob.
do 1 miesiąca	21	54
„ 2 miesięcy	6	5
„ 3 „	3	6
„ 4 „	2	2
„ 5 „	2	1
„ 6 „	8	7
„ 1 roku	12	11
„ 2 lat	11	7
„ 3 lat	11	7
„ 5 lat	14	8
„ 10 lat	7	3
ponad 10 lat	13	9
od dzieciństwa	2	3
niewiadomo	31	26
Razem:	143	149

Dziedziczność stwierdzono w roku sprawozdawczym u 20,89 proc. nowoprzyjętych (61 na 292).

Przypadków sądowo-psychjatr. było 3 osób (2 mężcz. i 1 kob.).

Łącznie z orzeczeniami, wydanemi na rozprawach sądowych bez poprzedzającej obserwacji psychjatrycznej w Zakładzie, lekarze zakładowi wydali w roku sprawozd. orzeczeń sądowo-psychjatr. 20. (16 orzeczeń w sprawach karnych, 4 w sprawach cywilnych).

Tablica X. Wypisano z Zakładu.

Po pobycie w Zakładzie do	wyleczonych		W stanie polepsz.		Bez zmiany		Bez objawów chorobowych		Zmarło		Razem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
miesięcy 1	1	2	7	3	11	2	2	4	4	4	25	15
„ 2	1	3	5	6	4	3	—	—	2	1	12	13
„ 3	1	3	10	11	5	6	—	1	2	1	18	22
„ 6	2	3	11	13	5	1	—	—	4	4	22	21
„ 12	4	4	16	11	—	4	—	—	4	2	24	21
lat 2	2	2	15	10	6	2	—	—	9	4	32	18
„ 5	—	—	9	6	14	14	—	—	5	4	28	24
„ 10	—	—	12	8	8	1	—	1	6	2	26	12
„ 15	—	—	—	1	-	—	—	—	—	—	—	1
ponad 15 lat	—	—	—	5	-	—	—	—	1	1	1	6
Razem:	11	17	85	74	53	33	2	6	37	23	188	153

Tablica XI. Klasy wyżywienia.

Klasa wyżywienia	I kl.		II kl.		III kl.		Razem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	razem
Stan w dniu 31.III. 1931	6	7	28	32	530	476	564	515	1079
Przyjęto w r. 1931/32									
a) nowych pacjentów	—	6	13	21	130	122	143	149	292
b) przepisano z in. klas	—	—	5	4	7	17	12	21	33
Razem:	6	13	46	57	667	615	719	685	1404
Ubyło:									
a) przez wypisanie	3	3	19	15	166	135	188	153	341
b) przez przepisanie do innych klas	1	3	7	12	4	6	12	21	33
Razem	4	6	26	27	170	141	200	174	374
Pozostało	2	7	20	30	497	474	519	511	1030

Tablica XII.
Zawód pacjentów.

a) Mężczyźni:

	Stan 31 3.31	przybyło w. r sprawozd.	ubyło	pozostało na 31.3.32
Ziemianie	6	—	—	6
Gospodarze rolni	41	7	11	37
Przemysł i rzemiosło	75	26	47	54
Kupcy	39	5	9	35
Uczeni	32	6	3	35
Nauczyciele	8	1	3	6
Uczniowie	24	6	15	15
Urzędnicy i wojskowi	49	20	21	48
Handlarze i kelnerzy	16	5	5	16
Robotnicy	179	42	46	175
Bez zawodu	95	25	28	92
Razem	564	143	188	519

b) Kobiety:

	Stan 31.3.31	przybyło w. r, sprawozd,	ubyło	pozostało na 31.3.32
1) bez zawodu:				
żony i córki z inteligencji	43	14	16	41
„ „ ze stanu śred.	98	21	18	101
„ „ „ „ robot.	133	58	35	156
2) ze stanu zarobkującego:				
nauczycielki i bony	31	4	4	30
krawcowe i modniarki	15	4	5	14
książkowe, sprzedawaczki	26	9	4	31
gospodynie, kucharki	21	3	10	14
pielęgniarki, akuszerki	6	1	1	6
służące, robotnice	142	35	59	118
Razem	515	149	153	511

Tablica XIII.

Choroby zewnętrzne.	
a) róża	3 + 3 [1] 6
b) świerzb	1 + — 1
c) ropnie i wrzodzianki	86 + 104 190
d) Odleżyny	— + (1) [2] (1)
Choroby wewnętrzne.	
a) rozwolnienie	8 + 11 19
b) czerwonka	—
c) dur brzuszny	—
d) gruźlica otwarta	13 + 3 16
e) odra	— + 1 1
f) zimnica	—
g) płonica	— + (1) [3] (1)
h) błonica	1 + — 1
i) jaglica	7 + 2 1) 9
Inne niepożądane zjawiska.	
1) zanieczyszczenie	5 + 3 8
2) samowolne opuszczenie zakładu	—
a) z oddziałów otwartych	2 + 3 [4] 5
b) z oddziałów zamkniętych pod ścisłem dozorem	7 + 5 12
3) usiłowane samobójstwo z zejściem śmiertelnem	—
4) uszkodzenia cielesne z powodu nieostrożności pacjenta	— + 1 1
5) wybryki pacjentów względem pielęgniarzy	3 + 8 11
6) bójki pacjentów między sobą	5 + 10 15
7) poród z nielegalnego zapłodnienia pacjentki	—

---

1) mężczyźni i kobiety
razem

2) pacjentka przybyła z odleżynami

3) pacjentka przybyła z płonicą

4) nie uwzględnia się pacjentów mających zupełną swobodę ruchu, którzy się oddalili i sami wrócili.

Tablica XIV.

Terapja	
1) zabiegi chirurgiczne (chirurgja mała)	92 + 102 [1]) / 194
2) opatrunki	136 + 82 / 218
3) karmienie zgłębnikiem	5 + 11 / 16
4) zastrzyki skopolaminy	—
5 zastrzyki morfiny	—
6) zastrzyki extr. opii.	6 (62) + 9 (315) / 15 (377)
7) zawijanie w koce	—
8) kąpiele prolongowane	—
a) ze względów psychjatrycznych	— + 1 (4) / 1 (4)
b) ze względów cielesnych	17 (312) + 20 (517) / 37 (829)
9) nasenniki	29 (258) + 66 (210) / 95 (468)
10) leki stosowane w chorobach somatycznych	364 (3869) + 208 (3730) / 572 (7599)
11) leki przeciwko napadom epileptycznym	26 (6987) + 39 (6608) / 65 (13595)
12) leki antyluetyczne	24 + 24 / 28
13) zimnica stosowona w przypadkach p. p.	2 + 6 / 8
14) zimnica stosowana w przypadkach schizofr.	3 + 3 / 6
15) autohemoterapja	6 + — / 6
16) naświetlania	23 (276) + 26 (508) / 49 (784)
17) zajętych pacjentów było przeciętnie dziennie	92,3 %
Śmiertelność	
1) zmarło ogółem	(4) 37 + 23 (5) [2]) / 60
2) zmarło na gruźlicę	12 + 6 / 18
3) autopsyj dokonano	7 + 3 / 10
Uszkodzenia przedmiotów przez pacjentów,	
1) szyby i ściany	9 + 9 / 18
2) meble	4 + — / 4
3) odzież	5 + 8 / 13
4) bielizna	7 + 7 / 14

1) Liczby oznaczają ilość chorych.
2) Liczby w nawiasach oznaczają chorych, którzy przybyli do Zakładu w stanie dogorywania i zmarli bezpośrednio po przyjęciu. Odsetka śmiertelności 4,77 proc. (3,7 proc.)

W.

III. Administracja.

Zakres czynności poszczególnych urzędników zakładowych i ich współdziałania normowany jest ogólnie: regulaminem dla służby Zakładu z dnia 5. marca 1895, przepisami służby wewnętrznej z dnia 2. marca 1897, przepisami dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. sierpnia 1901, A. B. i C, instrukcjami dla kas zakładowych z dnia 27. lutego 1901, pozatem rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 16. kwietnia 1931. 5530/31 I. budż. w sprawie zmian w układzie preliminarza budż. P. W. Z. K, na rok 1932/33, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 16. kwietnia 1931 L. dz. 1523/31-Osb., w sprawie cofnięcia 15 proc. dodatku do uposażeń urzędników, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 28. kwietnia 1931, L. dz. 6101/31—I. budż., w sprawie prowizorycznego zamknięcia ksiąg kasowych na rok 1930/31 i ustalenia kwoty zaległości biernych i czynnych, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 1. maja 1931, L. dz. 680/31 — IV, w sprawie należności za podróże służbowe, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 28. maja 1931, L. dz. 2209/31 — III, w sprawie ekwiwalentu za niekorzystanie z wyżywienia podczas urlopu, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 19. czerwca 1931, L. dz. 2477/31 — Osb., w sprawie obniżenia poborów pracownikom kontraktowym o 10 proc., rozp. Starostwa Krajowego z dnia 18. lipca 1931, L. dz. 10159/31—I. budż. w sprawie ograniczenia budżetu związków komunalnych, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 11. sierpnia 1931, L. dz. 3429/31 — Osb. w sprawie opłacania składek ubezpieczeń socjalnych za pracowników P. W. Z. K., rozp. Starostwa Krajowego z dnia 21. sierpnia 1931, L. dz. 13415/31 — VIII, w sprawie ściągania opłat za pacjentów, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 26. sierpnia 1931, L. dz. 3503/31 — Osb., w sprawie pokrywania kosztów zastępstw pracowników zakładów i przedsiębiorstw P. W. Z. K., rozp. Starostwa Krajowego z dnia 3. września 1931, L. dz. 12716/31 — I. budż., w sprawie uprawomocnienia się budżetu P. W. Z. K. na rok 1931/32, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 9. września 1931, L. dz, 12882/31 — I. budż., w sprawie materjału do sprawozdania o aktywach i pasywach zakładów p. p. oraz całego P. W. Z. K., rozp., Starostwa Krajowego z dnia 10. września 1931, L. dz. 3665/31 — Osb., w sprawie opłacania składek do Kas Chorych rozp. Starostwa Krajowego z dnia 29. września 1931. L. dz. 11987/31— I. budż. w sprawie lekarstw dla pacjentów samopłacących, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 21. października 1931, L. dz. 2020/31—

XIV, w sprawie kontroli dochodów, miesięcznych sprawozdań, ksiąg pomocniczych, wzgl. kartek kontowych i t. p., rozp. Starosty Krajowego z dnia 17. listopada 1931, L. dz. 15987/31 — I. budż., w sprawie wykonywania budżetu P. W. Z. K. na rok 1931-32 rozp. Starostwa Krajowego z dnia 23. listopada 1931, L. dz. 6383/31 — III, w sprawie opłacenia pełnych kosztów leczenie i utrzymania przez Kasę Chorych miasta Poznania, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 5. grudnia 1931, L. dz. 17113/31 — I. gosp., w sprawie zamawiania druków w drukarni domowej Starostwa Krajowego, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 7. grudnia 1931, L. dz. 17210/31 — I. budż., w sprawie ostatecznego zamknięcia ksiąg kasowych za rok 1930/31, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 12. grudnia 1931, L. dz. 4969/31 — Osb., w sprawie redukcji dodatków lekarskich, funkcyjnych i kierowniczych rozp. Starostwa Krajowego z dnia 16. grudnia 1931, L. dz. 2324|31 — XIV w sprawie przetrzymywania przez zakłady i przedsiębiorstwa P.W.Z.K. nadmiernej gotówki w kasach zakładowych rozp. Starostwa Krajowego z dnia 15. I. 1932, L. dz. 177|32 — Osb., w sprawie zatrudniania inwalidów wojennych.

Według przepisów obowiązujących, Zakład przedłożył w roku sprawozdawczym perjodycznych sprawozdań dwutygodniowych 24, miesięcznych po 12 = 144, rocznych 8.

Urzędowanie opierało się na 54 wzorach formularzowych

Prace powyższe wykonywało: 3 urzędników biurowych administracyjnych i 7 kancelaryjnych.

W roku sprawozdawczym urzędnicy Zakładu odbyli sześć podróży służbowych, na zarządzenie Starostwa Krajowego, dwie, na zarządzenie Dyrekcji cztery.

Podróże służbowe w roku 1931 1932

w miesiącu	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	razem
	1	1	—	—	—	—	—	1	2	—	1	—	6

Podróże odbywały się w sprawach budżetowych (1 raz), w sprawach kasowych (2 razy), w sprawie przetargu na odzież (1 raz), na zebranie Okręgowej Straży Pożarnej we Wrześni (1 raz), pozatem na Zjazd psychjatrów Polskich we Lwowie i Międzynarodowy Kongres Neurologów w Bernie.

O.

Żywienie: W klasach I-szej, II-giej i III-ej pacjenci otrzymywali pożywienie 5 razy dziennie, w klasie IIIb 3 razy z dodatkami.

W klasie I-szej pacjenci otrzymywali: na 1 sze śniadanie kawę, mleko i bułki z masłem, na drugie śniadanie: herbatę, chleb z masłem, wędliny, lub ser. Obiad składał się z 5 dań. Mięso otrzymywali pacjenci codziennie z wyjątkiem dni postnych, w których podawano rybę, na podwieczorek podawano kawę, mleko, bułki z masłem, na kolację potrawy mięsne (w dnie postne jajka, rybę, lub inne potrawy postne), chleb z masłem i herbatę.

W klasie II-giej na 1-sze śniadanie podawano kawę mleko i chleb z masłem, na 2-gie herbatę, chleb z masłem, wędliny, lub ser, 4 razy na tydzień. Obiad składał się z 4 dań. Mięso otrzymywali pacjenci II-giej klasy codziennie z wyjątkiem dni postnych. Na podwieczorek podawano kawę, mleko, chleb z masłem, na kolację: ciepłe potrawy mięsne (w dni postne jajka), chleb z masłem i herbatę.

W klasie III-ciej: na 1-sze śniadanie chorzy otrzymywali kawę z mlekiem i chleb z masłem, lub smalcem, albo z marmeladą, na 2-gie śniadanie: chleb smarowany i herbatę. Obiad złożony z 3 dań, mięso 3 razy na tydzień; do obiadu: kapustę, budyń, lub kompot z suszonego owocu. Na podwieczorek otrzymywali pacjenci kawę z mlekiem, chleb, na kolację zupę mleczną i chleb lub herbatę.

Na porcję dzienną chorego składało się przeciętnie:

Klasa	chleba gr	bułek gr	mięsa gr	obkładu gr	tłuszczu gr	mleka ltr.	jarzyn gr	krupów gr	ziemniak. gr	mąki gr	kawy gr	cukru gr	herbaty gr	jaj szt.	owoców gr	śmietany gr	śledzi gr	ryb gr	budyniu gr
I	330	200	260	50	150	0,3	300	50	750	60	30	75	4	$1\frac{3}{4}$	200	50	20	30	3
II	500	—	260	40	120	0,3	350	50	750	30	30	70	4	1	40	30	20	5	3
III	500	—	105	30	80	0,3	400	120	900	30	20	60	2	—	15	—	18	2	30

W czasie świąt i uroczystości pacjenci otrzymywali oprócz powyższych ilości jeszcze 500 gr. placka, wzgl. strucla, lub po 2 pączki, 150 gr. kiełbasy, i po 2, wzgl. 1 jajku. Chorzy zatrudnieni pożyteczną pracą otrzymywali jako dodatek 20 gr. tłuszczu, 250 gr. chleba i 150 gr. kiszki, lub wędzonej słoniny, wzgl. sera.

Cieleśnie chorzy otrzymywali dodatki do pożywienia zwykłego, składającego się z 2 jaj, 1/2 — 1 ltr. mleka, wzgl. kakao, i 100—200 gr. bułek, wzgl. osobną djetę.

Opłata za pacjentów wynosiła w roku sprawozdawczym:

a) za pacjentów z Województwa Poznańskiego:
w klasie I szej 12,— zł., w klasie II-giej 8,20 zł., w klasie III-ej 4,50 zł dziennie.

b) za pacjentów z poza Województwa Poznańskiego:
w klasie I-szej 13,80 zł., w klasie II-ej 9,43 zł., w klasie III-ej 5,18 zł dziennie.

Gminy z poza Województwa Poznańskiego płaciły za ubogiego pacjenta 4,50 zł dziennie. Opłata za utrzymanie dzienne ubogiego pacjenta z Województwa Poznańskiego wynosiła w roku sprawozdawczym 1,85 zł, a jego faktyczne całkowite utrzymanie kosztowało:

	rok 1931								rok 1932		
w miesiącach	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
złotych	3,94	1,81	3,27	2,23	3,78	1,28	1,65	3,81	3,09	2,20	2,20	2,93

Miejsc bezpłatnych w roku sprawozdawczym nie było.

Dni zakładowych spędzonych przez chorych psychicznie w Zakładzie na oddziałach w roku sprawozdawczym było 393,847 a ogólna suma wydatków wynosiła w tym czasie 1,410,569,97, zatem przeciętne dzienne koszty utrzymania jednego chorego wyniosły kwotę 3,58 zł.

Rozrywki: W okresie sprawozdawczym urządzono dla pacjentów 40 zabaw, a mianowicie: 3 przedstawienia teatralne połączone z tańcami, 14 przedstawień kinomatograficznych i koncert chóru męskiego „Dzwon“ w Gnieźnie z towarzyszeniem orkiestry 69 p. p. w Gnieźnie, 22 zabaw tanecznych; pozatem odbyły się koncerty radjowe na sali i w kasynie lekarskim dla pacjentów. Prócz tego słuchali pacjenci audycyj radjowych z zainstalowanego w paw. VII ż. aparatu radjowego, od którego prowadzą rozgałęzienia na paw. VIII, IV i VI żeński.

W dniu 3. maja 1931 odbyła się uroczystość ku uczczeniu Konstytucji. Wygłoszone zostały okolicznościowe przemówienia, deklamacje i śpiewy, wykonane przez pacjentów i pielęgniarki przy akompanjamencie orkiestry zakładowej, złożonej z pacjentów.

Od wiosny, aż do późnej jesieni pacjenci grywali w tenis, w footbal, kręgle, robili wycieczki powozami i samochodami w dalsze i bliższe okolice Dziekanki. Dla rozrywki pacjentów Zakład posiada 2 bilardy i w kasynie lekarskim trzeci bilard, z których pacjenci często korzystali.

Na przedstawienia teatralne, koncerty, do kina i na inne widowiska w Gnieźnie, posyłano pacjentów socjalnych; wstępne za pacjentów niezamożnych opłacał Zakład.

Inwestycje: Cmentarz zakładowy, posiadający górzysty teren, splanowano, błotniste chodniki wysuszono i wyrównano przez wysypanie świeżym żwirem, postawiono murowany parkan, okalający cmentarz od strony północnej i południowej. Prace murarskie wykonał personel zakładowy przy pomocy pacjentów.

W następnym roku będzie się kontynuować rozpoczęte prace około postawienia murowanego parkanu, ogrodzi się cmentarz od strony wschodniej i zachodniej. Przy parkanie zasadzono włoskie topole. Z nastaniem wiosny rozpoczną się dalsze prace nad upiększeniem cmentarza. Każdy na cmentarzu pochowany pacjent otrzyma betonową tablicę z imieniem i nazwiskiem zmarłego, oraz numerem grobu, co ułatwi rodzinie, odwiedzającej grób zmarłego, zorjentowanie się w położeniu grobu. Takich nagrobków przygotował Zakład w okresie zimowym przeszło 700, które w odpowiednim czasie będą ustawione na cmentarzu. Drogę od bramy do głównego gmachu administracyjnego wyłożono płytami cementowemi. Również wyłożono takiemi płytami drogi od bramy wchodowej do pawilonu I po stronie żeńskiej, i I po stronie męskiej, jakoteż do willi dyrektorskiej. Płyty i krawężniki zostały wykonane w Zakładzie przez własny personał przy pomocy pacjentów. W hali maszyn i dwóch przyległych ubikacjach, gdzie ustawione są motory do studzien, wyłożono posadzki nowemi płytkami posadzkowemi, również wyłożono posadzki nowemi płytkami w centralnej kuchni i chłodni do mięsa, W tejże chłodni wyłożono ściany białemi płytkami i częściowo w miejscach uszkodzonych w strugalni. Przeprowadzono szczegółowy remont 8 żelaznych okien kuchennych, kuchni i przyległych ubikacyj, jak pomywalni chłodnicy, strugalni i korytarzy kuchennych, które pomalowano, w kuchni obniżono okna, przez które wydaje się żywność, ponieważ wysokie okna były niedogodne, pomalowano wszy-

stkie drzwi w kuchni, pozatem usunięto starą, niezdolną do użytku kotlinę żelazną i postawionio nową kaflową tak, że kuchnia posiada dwie nowe kotliny, jedną żelazną i drugą kaflową. Naprawiono w kuchni wentylator, który otrzymał nowe uzwojenie, zakupiono dwa niklowe kotły do gotowania strawy, a usunięto wadliwe i niehigjeniczne żelazne. Pozatem zakupiono dla użytku kuchennego nową wirówkę i 10 nowych aluminjowych koszyków do parownika.

Przeprowadzono całkowity remont malarski 9 pawilonów, mianowicie: II, III, VI, VIII, IX i X dla kobiet, oraz II, VI, VII dla mężczyzn i 19 innych ubikacyj w mieszkaniach urzędniczych. Schody drewniane, prowadzące do piwnic pod kuchnią, które były dziurawe, usunięto i wybudowano nowe, cementowe. Dla strugalni zakupiono 6 nowych basenów haracowych do kartofli i jarzyn, a usunięto drewnianne wanny, które były niehigjeniczne i zniszczone, w hali maszyn ustawiono motor do zapędu studni z kompresorem, która była wybudowana w roku ubiegłym i nową studnię uruchomiono, zakupiono nowe ruszty dla dwóch kotłów parowych, przeprowadzono remont baterji akumulatorów, motoru zapędowego do transmisji do pralni, zakupiono nowy piec do grzania żelazek do prasowania w miejsce zużytego, i 10 nowych skrzyń żelaznych do śmieci.

W roku sprawozdawczym nabyto:

a) 1992 sprzętów kuchennych,
b) uzupełnionio urządzenia higjeniczne, zużyto 2900,5 kg. mydła do prania, oraz czyszczenia oddziałów, do mycia i kąpania chorych;
c) zakupiono 38 książek do bibljoteki beletrystycznej, pozatem Zakład prenumerował dla chorych 5 gazet codziennych i 5 czasopism ilustrowanych, które — po oprawieniu kompletnych roczników — włączono do bibljoteki beletrystycznej, tak, że ogółem nabyto 38 — 5 — 43 książek.
d) nabyto 9 dzieł naukowych do bibljoteki lekarskiej, prenumerowano 61 czasopism lekarskich, oraz 4 dzienniki urzędowe dla administracji Zakładu.

Z końcem roku sprawozdawczego Zakład posiadał ogółem:

a)	w bibljotece	lekarskiej	982	dzieł w	1075	tomach,
b)	„	administr.	189	„	230	„
c)	„	beletr.	2484	„	3690	„

W roku sprawozdawczym zużyto w Zakładzie:

a) opału: 21542,01 kw. węgla, 85750 kw. koksu, oraz 50.— m^3 drzewa opałowego. Materjał ten zużyto: w okresie zimowym do opalania 384 ubikacyj, oraz oranżerji, przez cały rok zaś: w kotłowni, w kuchni, pralni i prasowalni. W ubikacjach mieszkalnych utrzymywano temperaturę od 16, do 20° C.

b) prądu elektr. do siły, światła 248.560 kilowatów. Oświetlano 130 ubikacyj, o ogólnej pojemności 89.826 kbm. przez cały rok, dziennie przeciętnie 11 godzin; oprócz tego oświetlano drogi i place zakładowe, oraz odcinek szosy, przy której Zakład jest położony, pozatem korytarze w domach mieszkalnych. c.

c) wody zużyto 136.000 kbm.

Sprawozdanie z gospodarstwa rolnego.

Obszar ogólny folwarku Dziekanka wynosi 532 morgi magd. Roli uprawnej jest 465 mórg. Resztę stanowią drogi, podwórza, cmentarz Zakładu i woda. Ziemia jest średnia, zaliczona przeciętnie do V klasy. Rok ubiegły był również dla rolnictwa w tutejszej okolicy niepomyślny. Zeszłoroczna wiosna była późna, temperatura w kwietniu prawie każdej nocy obniżała się do 7 stop. C. Po mrozach nastąpiły nagle upały. W czerwcu i lipcu temperatura podnosiła się do 38 stop. C. i to prawie bez przerwy. Bardzo często padały deszcze. Wygniło ogółem 27 mórg zboża. Koniczyna, seradela, oraz peluszka i wyka w mieszance były dość dobre. Sprzęt owsa, jęczmienia i roślin okopowych był również dość dobry ,mimo, że zboża wiosenne częściowo siano w drugiej połowie czerwca, z powodu nadmiernej wilgoci w ziemi.

Sprzęt był następujący:

Pszenica	27	mórg, sprzęt	31.500	kg.	a	0,22 zł	=	6.930,— zł
Żyto	150	„ „	22.950	„	„	0,23 „	=	5.278,50 „
Jęczmień	31	„ „	10.845	„	„	0,21 „	=	2.277,45 „
Owies	73	„ „	9.690	„	„	0,19 „	=	1.841,10 „
Mieszanka	29	„ „	20.155	„	„	0,19 „	=	3 829,45 „
Kartofle	85	„ „	229.500	„	„	0,04 „	=	9.180,— „
Buraki cukr.	20	„ „	16.000	„	„	0,05 „	=	800,— „
Siano	16	„ „	59.250	„	„	0,05 „	=	2.962,50 „
Słoma		„	33.600	„	„	0,01 „	=	3.336,— „
						Razem:		36.435,— zł

Tabela inwentarza żywego

	koni	bydła	świń	owiec	drobiu
Dnia 1. 4. 31 posiadał folwark	15	45	94	15	85
W czasie od 1. 4. 31 do 31. 3. 32 przybyło					
przez zakup	4	—	—	—	46
Z własnego chowu	1	12	105	2	—
Razem:	20	57	199	17	131
W ciągu roku ubyło przez sprzedaż	4	11	80	5	—
Wskutek choroby ubyło	—	2	16	2	56
Stan w dniu 31. III. 1932 r.	16	44	103	10	75

Nabiał: Przez cały rok doiło się przeciętnie 24 krowy dziennie. Roczny udój mleka wynosił 66.529 ltr.

O.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

Kasy Filjalnej Wojewódzkiego Związku Komunalnego Poznańskiego „Dziekanka"

za rok budżetowy 1931/32.

§	pozycja	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł		Wydano zł		W porównaniu z budżetem mniej		więcej
1	2	3	4		5		6		7
		A. WYDATKI							
1	a	Na uposażenie personelu	391 564	—	357 722	80	33 841	20	
	b	Świadczenia dla Kasy Chor.	18 000	—	18 849	73	—		849,73
	c	Inne świadczenia socjalne	12 500	—	10 726	96	1 773	04	
	d	Świadczenia specjalne	66 458	-	37 691	85	28 766	15	
	e	Zapomogi	10 200	-	4 008	65	6 191	35	
	f	Djety i koszty podróży	1 700	-	1 530	40	169	60	
	g	Umundurowanie służbowe	18 700	—	5 746	55	12 953	45	
2	a	Materjały piśmienne	1 500	-	1 333	89	166	11	
	b	Druki i formularze	1 500		1 134	86	365	14	
	c	Księgi biurowe i rachunkowe	300	—	292	28	7	72	
	d	Maszyny do pisania	500	—	365	50	134	50	
	e	Portorja	1 700		2 950	-	—		1 250,—
	f	Telefony	1 000	—	986	38	13	62	
	g	Telegramy	350	—	70	25	279	75	
	h	Prenumerata pism	100	-	98	35	1	65	
	i	Ogłoszenia	400	-	214	20	185	80	
	j	Inne	100	-	81	60	18	40	
3		Umeblowanie biur	500	—	—		500	—	
4		Wydawnictwa	6 800		5 100	—	1 700	—	
5		Środki lokomocji	2 000	-	1 989	26	10	74	
6	a	Utrzymanie budynków	58 000		64 477	24	—		6 477,24
	b	„ narzędzi	38 000	-	47 961	65	—		9 961,65
	c	„ sprzętów	10 000	—	7 106	95	2 893	05	
7	d	Opał, światło i woda	148 179	25	131 941	66	16 237	59	
	e	Opieka duchowna	3 200	-	2 768	48	431	52	
	f	Opieka lekarska	11 000	-	17 986	30	—		6 986,30
	g	Żywność	568 353	—	452 979	95	115 373	05	
	h	Higjena	9 000	-	7 012	60	1 987	40	
	i	Wychowanie	5 300	—	3 535	50	1 764	50	
	j	Bielizna, odzież i obuwie	89 000	—	85 346	30	3 653	70	
	k	Premje za prace	1 000	—	910	—	90	—	
	l	Przyjęcie i zwolnienie	550	-	184	15	365	85	
	m	Podatki opłaty	5 000	-	5 870	69	—		870,69
	n	Utrzymanie rolnictwa	102 904	—	77 703	44	25 200	56	
	o	Różne wydatki rzeczowe	917	75	52	10	865	65	
	p	Koszty za trumny	700	-	697	74	2	26	
		Zwroty do dochodu	—		53 141	71	—		53 141,71
		Razem złotych	1,536,976,—		1.410.569,97		255.943,35		79.537,32
							176.406,03		

§	pozycja	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł		Wpłynęło		W porównaniu z budżetem mniej		W porównaniu z budżetem więcej	
1	2	3	4		5		6		7	
		B. DOCHODY:								
1	a	Z gospodarstwa rolnego	161 123	—	70 422	81	50 700	19		
	b	„ ogrodniczego	—		469	87			469	87
2	a	Różne dochody osobowe	15 070	—	27 897	82			12 827	82
	b	„ „ rzeczowe	24 410	—	3 949	54	20 460	46		
	c	Zwrot za trumny	700	—	1 425	62			725	62
3	a	Opłaty bieżące	1 308 284	25	1 164 476	73	143 807	52		
	b	„ specjalne	7 000	—	4 173	15	2 826	85		
	c	Zasługi dla pacjentów	2 000	—	2 000	—				
4	a	Wydawnictwa	1 200	—	1 210	45			10	45
	b	Dopłaty	107 100	—	147 789	—			40 689	—
	c	Różne wpływy	88	75	7 389	21			7 300	46
		Zwroty do rozchodu	—		32 403	31			32 403	31
		Razem:	1 586 976	—	1 463 607	51	217 795	02	94 426	53
							123 368	49		
		Dochody wgotów. w okresie budżetowym 1931/32 wynoszą według niniejszego zestawienia			1 463 607	51				
		a rozchody			1 410 584	77				
		Zatem nadwyżka gotówk.			53 022	74				
		Na końcu roku budżetow. 1931/32 pozostały nieureg. koszty utrzymania za pacjentów, które się ściąga w kwocie			102 793	90				
		Na pokrycie niedoboru gospodarstwa rolnego dołożył Zakład z swej kasy w gotówce			7 280	63				
		Ostateczna nadw. wynosi			163 097	27				

Sprawozdanie finansowe folwarku „Dziekanka“

za rok 1931/32

§	poz.	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł	Wydano wzgl. wpłynęło zł	W porównaniu z budżetem: mniej	W porównaniu z budżetem: więcej
1	2	3	4	5	6	7
		A. WYDATKI				
1	a	Wynagrodzenie dla agronom.	1 064 —	1 064 —	—	
	b	„ „ rządcy	4 092 —	3 684 —	408 —	
	c	Zasługi dla in. prac.	11 219 20	8 625 14	2 594 06	
	d	Za prace pacjentów	2 000 —	2 000 —	—	
2	a	Świadczenia socjalne	1 525 —	948 75	576 25	
	b	Inne	300	138 —	162 —	
3		Wydatki biurowe	364 —	303 40	60 60	
4	a	Opał	1 750	259 -	1 491 -	
	b	Światło	250 -	—	250 -	
5	a	Utrzymanie budynków	5 000 —	4 482 38	517 62	
	b	Remont	—	—	—	
	c	Utrzymanie narzędzi roln.	6 000 -	4 104 06	1 895 94	
	e	Fundusz odnow. maszyn	1 000 —	—	1 000 —	
6	b	Krowy	5 500 —	4 795 60	704 40	
	c	Świnie	2 000 -	1 000 -	1 000 -	
	d	Drób	300 -	236 90	63 10	
	f	Konie	4 000 -	2 600 -	1 400 -	
	g	Pasza	24 000 -	23 688 36	311 64	
	h	Opieka weterynaryjna	1 000 -	1 074 92	—	74 92
	j	Inne wydatki	800 —	742 65	57 35	
7		Różne ciężary publicz.	2 600 —	2 566 68	33 32	
8	a	Nasiona	2 500 —	2 116 10	383 90	
	b	Sadzonki	1 200 —	—	1 200 —	
	c	Nawozy	19 000 —	10 014 60	8 985 40	
	d	Ogrodnictwo	2 300 —	1 712 92	587 08	
	e	Sadownictwo	650 —	235 25	414 75	
	f	Pszczelarstwo	—	—	—	
10		Różne	2 489 80	1 308 63	1 181 17	
		Razem:	102 904 -	77 701 34	25 277 58	74 92
		B DOCHODY				
1	b	Krowy	3 000 -	2 137 80	862 20	
	c	Owce	1 500 —	193 80	1 306 20	
	d	Świnie	14 000 —	8 906 79	5 093 21	
	e	Drób	500 —	17 16	482 84	
	g	Konie	1 600 —	—	1 600 —	
2	a	Rolnictwo	63 995 —	27 263 —	36 732 —	
	b	Ogrodnictwo	8 785 —	16 045 30	—	7 260 30
	c	Sadownictwo	4 100 —	—	4 100 -	
	d	Pszczelnictwo	450 —	128 60	321 40	
4		Nabiał	22 000 —	14 592 08	7 408 92	
5	a	Zwózka	250 —	272 75	—	22 75
	c	Inne	943 —	866 53	76 47	
		Razem:	121 123,—	70.422,81	57.983,24	7.283,05
					50.700,19	

Wydatki wynoszą 77.701,34
Dochody „ 70.422,81

Mniej 7.278,53

NADESŁANE.

XII ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH w Białymstoku i Choroszczy w dniu 14, 15, 16 maja 1932.

PROGRAM OBRAD:

I-szy dzień.

Uroczyste otwarcie Zjazdu w sali posiedzeń Rady Miejskiej w Białymstoku o godz. 11 tej m. 30.

Referaty główne:

1. *Prof. J. Mazurkiewicz* (Warszawa): Biologiczne elementy charakteru.
2. *Doc. M. Zieliński* (Kraków): Konstytucja i charakter.
3. *Prof. S. Baley* (Warszawa): Charakter normalny.
4. *Prof. S. Borowiecki* (Poznań): Patologja charakteru.
5. *Prof. S. Pieńkowski* (Kraków): Patologja charakteru.
6. *Dr. W. Sterling* (Warszawa): Patologja charakteru w świetle nauki o wydzielaniu wewnętrznem.
7. *Dr. M. Bornsztajn* (Warszawa): Charakter w świetle teorji psychoanalitycznej.

Odczyty:

1. *Dr. med. Dr. phil. K. Wize* (Dziekanka): Charakter w ujęciu psychologicznem i fizjologicznem.
2. *Dr. G. Bychowski* (Warszawa): Biogeneza a psychogeneza charakteru.
3. *Dr. R. Dreszer* (Warsz.): O dziedzicznych źródłach charakteru.
4. *Dr. J. Dretler* (Kobierzyn): Badania nad konstytucją i charakterem w zespołach paranoicznych objawowych.
5. *Dyr. A. Piotrowski* (Dziekanka): Typy schizofreniczne.

Obrady będą odbywały się w Sali Rady Miejskiej od godz. 10.30 do 14-tej i od godz. 15-ej do 18-ej. Przerwa na obiad od godz. 14tej do 15-ej.

II-gi dzień.

Początek obrad o godz. 8 ej rano.

Referaty główne:

1. *Dr. St. Batawia* (Warszawa): Rozwój charakteru przestępczego.
2. *Pułk. J. Nelken* (Warszawa): Patologja charakteru w oświetleniu sądowo-karnem.

3. *Doc. W. Łuniewski* (Tworki): Patologja charakteru w oświetleniu sądowo-cywilnem.

Odczyty:

1. *Dr. W. Spektorowa* (Łódź): Zmiany charakteru u dzieci przestępczych.
2. *Dr. A. Sikorska* (Kraków): Charakter a możliwości leczniczo-wychowawcze.

Dyskusja.

Walne zgromadzenie Polskiego Tow. Psychjatrycznego.

Przerwa obiadowa i zwiedzanie szpitala od godziny 13-ej do godziny 16-ej.

Obrady II-go dnia odbędą się w Choroszczy.

I go dnia czarna kawa u Pana Wojewody, II-go dnia zabawa towarzyska w Choroszczy.

III-ci dzień.

Początek obrad o godz. 8-ej.

Odczyty:

1—2. *Dr. Z. Drohocki* (Kraków): a) Próba nowej typologji b) Orjentacja przy pomocy barw lub kształtów i jej znaczenie do podziału typologicznego.

3—4 *Dr. J. Konorski i S. Miller* (Tworki): a) O fizjologicznem traktowaniu postępowania. b) O warunkach wytwarzania ruchowego odruchu warunkowego.

5. *Dr. W. Terajewicz* (Choroszcz): O powołaniu społecznem lekarza psychjatry.
6. *Dyr. I. Fuhrman* (Chełm): Szpital psychjatryczny ośrodkiem higjeny psychicznej.
7. *Dr. S. Świerczek* (Dziekanka): O leczeniu schizofrenji malarją.
8. *Dr. K. Golonka* (Kochanówka): Psychoterapja schizofrenji w szpitalu psychjatrycznym.
9. *Dr. J. Meissner* (Kobierzyn): Epileptycy województwa Krakowskiego.
10. *Dr. S. Świerczek* (Dziekanka): Wyniki leczenia malarją epilepsji.
11. *Dr. J. Meissner* (Kobierzyn): Wyniki poszukiwań statystycznych, dotyczących porażeńców województwa Krakowskiego.

Zamknięcie Zjazdu.

Obrady III-ciego dnia w Choroszczy. Po zamknięciu Zjazdu odbędzie się wycieczka krajoznawcza w okolice Białegostoku.

Sekretarz Zjazdu: *Dr. H. Rożkowski.*

POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHJATRYCZNE

XIII Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego odbędzie się dnia 15 maja b. r. w Choroszczy Woj. Białostockiego o godz. 16-tej.

Porządek dzienny:

1. Zagajenie prezesa Towarzystwa,
2. Wybór przewodniczącego i sekretarza Zgromadzenia,
3. Odczytanie protokułu XII Walnego Zgromadzenia,
4. Sprawozdanie Zarządu Głównego,
5. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej,
6. Wybór miejsca i tematów następnych Zjazdów na r. 1932-33,
7. Wybór 8 członków zarządu (na miejsce ustępujących: Łuniewskiego, Wilczkowskiego, Piotrowskiego), 3-ch członków Komisji Rewizyjnej, Redaktora „Rocznika Psychjatrycznego",
8. Wolne wnioski,
9. Zamknięcie Zebrania.

Prezes Zarządu Głównego:
(—) Prof. Dr. J. Mazurkiewicz.

III-ci OGÓLNOPOLSKI ZJAZD PRZECIWRAKOWY w Łodzi 30 i 31-X 1932

KOMUNIKAT

Zgodnie z uchwałą II-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwrakowego, odbędzie się w Łodzi w dn. 30 i 31 października (niedziela i poniedziałek) 1932 r. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy.

Tematy główne: 1) współczesne badania nad rakiem; 2) wczesne rozpoznanie raka; 3) leczenie raka i d) walka z rakiem na terenie Rzeczypospolitej.

Dotychczas zgłosili odczyty:

1) St. Adamowiczowa (Warszawa): „Rak organów płciowych kobiecych na podstawie statystyki szpitalnej".
2) Prof. dr. K. Bocheński (Lwów): „Leczenie raka macicy w świetle najnowszych poglądów".

3) Prof. dr. M. Eiger i Doc. dr. E. Czarnecki (Wilno). „Wpływ na powstawanie nowotworów doświadczalnych ciał działających na układ współczulny i obokwspółczulny".

4) Prof. dr. M. Eiger (Wilno): „Mikrobiologiczne ujęcie sprawy tworzenia się i wzrostu komórki nowotworowej w ścisłej korelacji z fizjologją i fizjopatologją ustroju".

5) Dr. M. Flokszt rumpf t dr. St. Gądek (Warszawa): „Wskazania, metody i wyniki leczenia radem nowotworów złośliwych".

6) Prof. dr. L. Hirszfeld (Warszawa): „Zagadnienie raka w świetle nauki o odporności".

7) Dr. J. Kołodziejski i dr. M. Flokszt rumpf (Warszawa): „Sprawa chemoterapji w raku."

8) Dr. J. Laskowski (Warszawa): „Podstawy mianownictwa i klasyfikacji raków z punktu widzenia morfologji".

9) Dr. F. Łukaszczyk (Warszawa): „Biologiczne podstawy radioterapji nowotworów złośliwych".

10) Prof. dr. M. Mayer (Poznań): „Obecne warunki wyleczenia raka metodą radiologiczną".

11) Doc. dr. A. Oszacki (Kraków): „Biologiczny obraz krwi jako wyraz przemiany materji u chorych na raka".

12) Prof. dr. K Pelczar (Wilno): „O stanach odpornościowych w chorobie raka".

13) Ks. Fr. Radziwiłł (Warszawa): „Projekt Ligi Polskich Organizacyj Przeciwrakowych oraz Ogólnosłowiańskiej Ligi Przeciwrakowej".

14) Doc. dr. S. Sterling Okuniewski (Warszawa): „Dziedziczność w raku i usposobienie do niego".

15) Dr. B. Wejnert (Warszawa): „Walka z rakiem w Polsce obecnie i w najbliższej przyszłości".

16) Płk. dr. W. Zawadowski (Warszawa): „Leczenie promieniami X".

Uprasza się o zgłaszanie odczytów w terminie do dnia 15 czerwca r. b., a także preparatów anatomo-patologicznych, rentgenogramów i tablic statystycznych dla Wystawy naukowej, organizowanej w związku ze Zjazdem.

Regulamin Zjazdu określa czas dla referentów tematów głównych na 20 do 40 minut (zależnie od porozumienia się z referentem) i 10 minut dla odczytów dodatkowych.

Program szczegółowy Zjazdu będzie ogłoszony w pismach lekarskich.

KOMITET WYKONAWCZY

PREZYDJUM

(—) Dr. B. Frenkiel (—) Dr. J. Marzyński (—) Dr. I. Watten

Sekretarz Generalny:

(—) Dr. K. Gawroński

IV. ZJAZD LEKARSKI W KRYNICY

w dniach 15. i 16, maja 1932 roku (Zielone Święta).

PROGRAM:

15-go maja 1932 r.

Godzina 10. Otwarcie Zjazdu przez prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy Dra Ludwika Korybut-Daszkiewicza. Wybór Prezydjum Zjazdu. Przemówienia oficjalne.

Godzina 11. *Posiedzenie naukowe:*

1. Prof. Dr. Antoni Gluziński (Warszawa): Marskość wątroby (cirrhosis hepatis) a kiła (syphilis).
2. Prof. Dr. Adam Czyżewicz (Warszawa): Życie kobiece a wewnętrzne wydzielanie.
3. Dr. Franciszek Kmietowicz senior (Krynica): Spostrzeżenia, historja i statystyka postaci chorobowych z czterdziestoletniej praktyki w Krynicy-Zdroju.

Dyskusja.

Godzina 16. *Posiedzenie naukowe:*

4. Dr. Jakób Ryszard Węgierko (Warszawa): Kamica żółciowa oraz jej leczenie w świetle poglądów nowych.
5. Doc. Dr. Teofil Kucharski (Poznań): Djety przeciwbiegunkowe.
6. Prof. Dr. January Zubrzycki (Kraków): Okresy przejściowe w życiu kobiety a hormony płciowe.
7. Dr. Bronisław Stępowski (Kraków): Objawy kliniczne okresów przejściowych w życiu kobiety.
8. Dr. Stanisław Cikowski (Kraków): Zmiany anatomopatologiczne narządów rodnych w okresach przejściowych życia kobiety.
9. Dr. Eugenjusz Turyna (Kraków): Sposoby badania zaburzeń okresów przejściowych w życiu kobiety.
10. Doc. Dr. Tateusz Keller (Kraków): Leczenie hormonalne zaburzeń okresów przejściowych życia kobiety.
11. Dr. Henryk Brand (Kraków i Krynica): Leczenie fizykalne zaburzeń przejściowych w życiu kobiety.

Dyskusja.

Godzina 20^{30} Bankiet dla uczestników Zjazdu wydany przez Zarząd Zdrojowy i Komisję Zdrojową w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego.

16. maja 1932 r.

Godzina 8—10. *Zwiedzanie Zdrojowiska.* Punkt zborny przed Domem Zdrojowym.

12. Dr. Aleksander Rytel, Dr. Imisław Rozbicki, Dr. Stanisław Trojanowski (Warszawa): Wpływ przyjmowanych pokarmów na układ krążenia u zdrowych i u chorych w pierwszym i drugim okresie niedomogi serca.
13. Doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski i Dr. Edward Grodzieński (Warszawa): Opuszczenie trzewi, jego leczenie, zwłaszcza z uwzględnieniem leczenia uzdrowiskowego.
14. Dr. Franciszek Kmietowicz junior (Lwów — Krynica): Leukopenina.
15. Doc. Dr. H. Gromadzki (Warsz.): Z kliniki follikuliny.
16. Dr. Witold Łuczyński (Lwów); Narząd krążenia w okresie przekwitania u kobiety.
17. Dr. Mieczysław Dukiet (Krynica): Próba zapobiegania ciąży pozamacicznej spowodowanej pozapalnemi zmianami jajowodów.
18. Dr. Ludwik Ptaszek (Lwów): Wartość wskaźnika przemiany gazowej dla oceny sprawności wewnętrzno-wydzielniczej jajnika.

Dyskusja.

Godzina 13,30. Śniadanie wydane przez Zwierzchność gminną Krynicy i Stowarzysz. Lekarzy w salach Lwigrodu.

Godzina 16. *Posiedzenie naukowe*:

19. Dr. Józef Felix (Kraków): W sprawie nerwic żołądka.
20. Dr. Stanisław Braun (Kraków): Obraz morfologiczny szpiku kostnego w przebiegu upośledzenia wydzielania soku żołądkowego i trzustkowego oraz w przebiegu raka żołądka.
21. Dr. Adam Sokołowski (Kraków): Wpływ wody morszyńskiej ze źródła Bonifacego na wydzielanie treści żołądkowej, dwunastnicowej, na procesy gnilne jelitowe oraz na przemianę spoczynkową.
22. Dr. Jakób Ryszard Węgierko (Warszawa): „Wpływ wody ze źródła Zubera na wydzielanie żółci wątrobowej.

23. Dr. Mieczysław Kubiczek (Kraków): „Wpływ Zubera na gospodarkę cholesterolu ustroju ludzkiego.
24. Dr. Jan Rosenbusch i Dr. Tadeusz Toczyński (Lwów): Badanie wpływu wód krynickich (Zuber, Karol, Jan, Józef, Słotwinka, Główny) na wydzielanie żółci.
25. Dr. Gustaw Zaremba (Krynica): Leczenie zdrojowe w chirurgji z uwzględnieniem zdrojowisk w Polsce.

Dyskusja.

Zamknięcie Zjazdu.

Godzina 22. Raut i zabawa taneczna w wielkiej sali Domu Zdrojowego.

Podczas Zjazdu czynną będzie w kuluarach Domu Zdrojowego **Wystawa środków leczniczych.**

Warunki uczestnictwa.

Wkładka członkowska 30 zł, wkładka osoby towarzyszącej 25 zł.

Karta uczestnictwa upoważnia do udziału w posiedzeniach i zwiedzaniu zdrojowiska, udziału w dwóch przyjęciach Zjazdu, udziału w raucie i zabawie, do bezpłatnych zabiegów leczniczych i zniżki kolejowej 50 proc. w drodze powrotnej od 15-go do 20-go maja.

Członkowie Zjazdu otrzymają bezpłatnie Pamiętnik IV. Zjazdu z dokładnym tekstem przemówień i dyskusji.

Czas przemówień wykładowych ustalono na 25 minut, dyskussyjnych pięć minut. Wykładający proszeni są o dostarczenie generalnemu sekretarzowi Zjazdu dokładnego tekstu odczytu przed zamknięciem Zjazdu, t. zn. do 16 maja 1932 r.

Członkowie Zjazdu mogą przy zgłoszeniu zamawiać kwatery:

Cena dzienna pokoju jednoosobowego 4 zł, z bieżącą wodą 6 zł.
„ „ „ dwuosobowego 6 „ „ „ 8 „

Najdogodniejsza komunikacja kolejowa: z Warszawy godzina 16 minut 10, z Łodzi fabr. g. 16 m. 55, z Poznania g. 9 m. 2, ze Lwowa g. 19 m. 10, z Krakowa g. 23 m. 55.

Generalny sekretarjat Zjazdu zamierza w dniu 14-go maja przy tych pociągach uruchomić specjalne wozy w ilości zależnej od zgłoszeń. Prócz tego w porozumieniu z Towarzystwem Międzynarodowem Wagonów Sypialnych zamierza uruchomić wozy sypialne z Warszawy, ewentualnie z Krakowa.

Wkładkę członkowską można wpłacać na konto P. K. O. Nr. 141.107.

Generalny sekretarjat Zjazdu zastrzega sobie prawo zmiany szczegółów programu.

Krynica, w marcu 1932 r.

Dr. Witold Skórczewski *Dr. Ludwik Korybut-Daszkiewicz*
Sekretarz generalny IV Zjazdu Lekarskiego. Prezes Stowarzyszenia Lekarzy.

Tydzień Propagandy Trzeźwości (1- 3 II. 1932 r.).

Przeżywamy niebywałe przesilenie gospodarcze. Pod jego ciężarem załamują się niezliczone warsztaty pracy na wsi i w mieście, a krociom ludzi patrzy w oczy ponure widmo nędzy i głodu. W takiej chwili trzeba nam zastanowić się nad przyczynami tej klęski. Wylicza się najróżniejsze czynniki. Jednym z najbardziej zasadniczych było niewłaściwe z użycie dochodów.

Od czasu odzyskania niepodległości ludność Polski wydała na alkohol znaczną część swego dochodu, bo około 15 miljardów zł. W zamian za chwile radosnej ułudy marnowało się szczęście rodzin, zapełniały sie więzienia i szpitale, wyrodniało potomstwo obarczając rodziców strasznem przekleństwem, którem były cierpienia niewinnych dzieci.

Przepiliśmy już trzykrotnie pieniądze, za które można było zapewnić każdemu obywatelowi mieszkanie, godne cywilizowanego człowieka.

Dziesięciokrotnie większą jest suma, wydana na tę trucizną społeczną, niż wszystkie nasze oszczędności. Duża część wydanych pieniędzy poszła zagranicę i przepadła dla kraju. Lecz i te, które w kraju pozostały, mogłyby bez porównania więcej warsztatów pracy uruchomić. Alkohol jako produkt pracy zmechanizowanej zatrudnia bowiem znikomą ilość pracowników.

Głównym sprzedawcą jest wprawdzie monopol państwowy. Czy jednak obecne trudności skarbu Państwa nie wykazały, że opieranie się na „pijanym budżecie" nie można stworzyć zdrowych podstaw skarbowości? Te same pieniądze, obrócone na produktywne i zdrowe cele, inną drogą trafiłyby do skarbu, nie podcinając moralności, dobrobytu i zdrowia — a zatem i siły wojskowej państwa.

Rodacy! Klęskę dzisiejszą winniśmy uznać za wskazanie udzielone nam przez Opatrzność Bożą.

Niech opustoszeją karczmy, a raczej zapełnią się kościoły i czytelnie. Niech alkohol zniknie z domów naszych, niech nie wraca już do nich, chociaż położenie się poprawi. Nie czyńmy żadnych ustępstw dla przestarzałych i niemądrych zwyczajów.

Alkohol często używany, choć w małych dawkach, spowodować potrafi ujemne następstwa i wytworzyć dalszą skłonność do używania. Przestańmy pić. nie tylko dla tego, że nas na to nie stać, lecz dlatego, że rozumieliśmy szkodliwcść trucizny alkoholowej dla osobistego powodzenia, dla życia rodzinnego oraz dla przyszłości narodu i państwa naszego.

Wstępujmy do związków abstynenckich, by siebie zabezpieczyć przed słabością i przymusem towarzyskim, a z ludźmi dobrej woli współdziałać w walce o przyszłość narodu. Wspomóżmy choć skromną ofiarą, wielką akcję wyzwalania narodu z niewoli nałogu.

Precz z sobkostwem i bezmyślnością! Do walki o trzeźwość narodu, o lepsze jutro polski.

* * *

Trzeźwość wzmoże pracę, oszczędność i siłę podatkową ogółu: trzeźwość wskrzesi energję narodu i wiarę we własne siły, trzeźwość przywróci nam zgodę w kraju i zaufanie zagranicą. W Polsce walka o trzeźwość narodu znajduje coraz więcęj zwolenników. Organizuje się duchowieństwo, nauczycielstwo, młodzież akademicka i lud prosty. Społeczeństwo ocenia coraz lepiej doniosłość tej walki dla moralnego i gospodarczego odrodzenia narodu. Składnica Abstynencka w Poznaniu służy literaturą i wszelkiemi informacjami. Jej poczynania i plany krępuje atoli brak dostatecznych funduszów. Rodacy! na ten dział oświaty praktycznej muszą znaleść się fundusze. W dniach 1 do 8 lutego b. r. nie skąpmy grosza na walkę o trzeźwość narodu. Złóżmy należny czynsz na pracę, która dla pomyślności ojczyzny naszej może mieć większe znaczenie niż przypuszczamy. W obecnem współzawodnictwie narodów zwyciężą niewątpliwie tylko narody trzeźwe Adres: Poznań, Aleje Marcinkowskiego 26. nr P, K. O. 200-424.

Coraz lepiej rozumiemy, że wartość moralna narodu zadecyduje o przyszłości pa stwa naszego, iż zagranica będzie nas poważać i uważać państwo nasze za mocarstwo prawdziwe, gdy w niem mieszkać, żyć i pracować będzie naród zdrowy, energiczny, pracowity, oszczędny, moralny i zgodny. Ku temu zaś niezbędnym warunkiem jest trzeźwość. Tymczasem skoro się zważy, że mimo przykrego położenia naszego gospodarczego, nie brak ludzi hołdujących temu zgubnemu nałogowi, cóż dopiero będzie, gdy wrócą normalne czasy? A zatem, zawczasu walczmy o zapewnienie trzeźwości narodowi naszemu, nie żałujmy grosza na dążenia tych, którzy tę walkę z największym naszym wrogiem wewnętrznym wzięli sobie za zadanie życia. Na taki cel niewątpliwie złoży hojny datek bardzo wielu nawet z pośród tych, którzy na inne cele nie tak skorzy są do ofiarności. Składka roczna w Polskiej Lidze Przeciwalkoholowej w Poznaniu wynosi zaledwie 6 zł. Adres: Aleje Marcinkowskiego 26 nr. P. K. O. 200-424.

Chodzi o to, aby wszyscy zwolennicy trzeźwości narodu których są niewątpliwie całe miljony, zrozumieli swój obowiązek obywatelski i wstąpili do istniejących już organizacyj przeciwalkoholowych. Są różne typy tych organizacyj: dla każdego człowieka dobrej woli znajdzie się dogodna forma organizacyjna. Dla tych, którzy uznają konieczność konsekwencyj w życiu osobistem działacza społecznego, walczącego z plagą alkoholizmu, istnieją zrzeszenia przyjmujące tylko abstynentów (Katolicki Związek Abstynentów, Związek Nauczycieli Abstynentów Polski Związek Księży Abstynentów, Filarecki Związek, Elsów Związek Akademików Abstynentów). Komu trudno wyrzec się wszystkich napojów alkoholowych, a gotów jest zrezygnować z trunków palonych, na tego czekają wszechstanowe Bractwa Wstrzemięźliwości w poszczególnych parafjach. Kto zaś nie chce się wiązać żadnem zobowiązaniem osobistem, a jednak pragnie popierać ten doniosły ruch odrodzeńczy moralnie i materjalnie, tego powita z radością Polska Liga Przeciwalkoholowa. Dla młodzieży istnieją Związek Harcerstwa Polskiego w Warszawie, a w Krakowie i Poznaniu Centrala Młodzieży Abstynenckiej, które chętnie służą dalszemi wskazówkami. Obok wymienionych zrzeszeń zastrzegających sobie charakter katolicki wzgl. chrześcijański opierający się przeważnie o Składnicę Abstynencką w Poznaniu, istnieje jeszcze neutralna pod

tym względem „Trzeźwość“ w Warszawie. Wybór jest więc istotnie tak wielki, że każdy Polak i każda Polka może stanąć w szeregach bojowników o trzeźwość. Czy tak się stanie, to wykaże tegoroczny Tydzień Propagandy Trzeźwości.

* * *

Obowiązek jest tylko jeden: składka kwartalna wynosząca najmniej 10 zł. płatna na początku kwartału. Prawo przysługujące każdemu członkowi polega na tem, że bezpłatnie otrzymuje miesięcznik Świt, kwartalnik Przyjaciel Trzeźwości oraz każde nowe wydawnictwo związków opierających swą działalność o Składnicę Abstynencką. Jeżeli zaś ktoś już jest członkiem jednego z tych związków, natenczas wolny jest od opłaty członkowskiej przypadającej na centralę. Kogo stać na powyższe zobowiązanie ten przyczynia się do stworzenia podstaw finansowych centrali, a przez to najpraktyczniej popiera ruch przeciwalkoholowy. Zgłoszenie należy nadesłać pod adresem: Składnica Abstynencka, Poznań, Aleje Marcinkowskiego 26, P. K. O. 200-424.

* * *

1. Zwracamy się z usilną prośbą do Przewielebnego Duchowieństwa, Nauczycielstwa, do Pp. Lekarzy, do organizacyj kulturalno-oświatowych i religijnych, aby współdziałali w przeprowadzeniu propagandy przeciwalkoholowej.

2. W szczególności uważamy za konieczne, aby w każdej żywotnej organizacji urządzono wykład lub pogadankę z dziedziny przeciwalkoholowej, w miarę możności urozmaiconą wyświetleniem przezroczy. Centrala służy wielkim wyborem ulotek i literatury, a przezrocza wypożycza serjami załączając gotowe objaśnienia. Zazwyczaj po wykładach ma powodzenie rozsprzedaż polecanych broszur.

3. Poleca się urządzenie zbiorowej wieczornicy propagandowej; zwracamy szczególną uwagę na udatną przeróbkę dramatu Parvi’ego p. t. „Knajpa“, dostosowaną do warunków pracy zespołów amatorskich. Cena 1 egz. wynosi 1 zł. O ile czasu nie starczy już na przygotowanie występu, można w okresie Wielkopostnym kilkakrotnie ten poważny dramat powtórzyć.

4. Ze względu na tegoroczne hasło Tygodnia Propagandy Trzeźwości „Przez trzeźwość do odbudowy gospodarczej“, prosimy mówców oraz autorów rozpraw i artykułów okolicznościowych, aby trzymali się hasła, pozatem zaś aby zachęcali słuchaczów i czytelników swych, aby śmiało i gromadnie zapisywali się

na członków organizacyj przeciwalkoholowych, a przynajmniej na abonentów Świtu i Przyjaciela Trzeźwości.

Wszelkich dalszych informacyj udziela chętnie Centralny Wydział Wykonawczy Tygodnia Propagandy Trzeźwości — Poznań, Al. Marcinkowskiego 26, II dom ogrodowy.

* * *

Rokrocznie naród nasz ponosi olbrzymie straty z powodu tego, że nie jest trzeźwy, że raczej hołduje alkoholowej narkozie. Tymczasem w obliczu przebiegłych poczynań wrogów potrzeba nam koniecznie trzeźwości. Jak dalece przenika społeczeństwo nasze powaga chwili i świadomość potrzeby trzeźwości, tego chlubnym świadectwem niechaj będą hojne datki, jakie obywatelstwo nasze złoży na konto P. K. O. 200 424 Składnicy abstynenckiej, z dopiskiem „do dyspozycji Centralnego Wydziału Wykonawczego Tygodnia Propagandy Trzeźwości".

* * *

Fatalne stosunki gospodarcze mają niewątpliwie ten skutek dodatni, że wielu sumienniejszych obywateli, do niedawna przyjaciół kieliszka, odmawia sobie przyjemności kosztownych, biorąc wzgląd na potrzeby rodziny. Lekkomyślnych jest jednakże jeszcze wielu, zwłaszcza wśród młodzieży. Jestto tem groźniejsze, jeśli się zważy, że zaglądanie do kieliszka wypacza charakter i sprzyja rozpuście. Naogół w społeczeństwie głęboko jeszcze są zakorzenione przestarzałe poglądy o urojonem dobroczynnem działaniu napojów alkoholowych. Wogóle odnosi się wrażenie, iż mimo długoletniej pracy organizacyj przeciwalkoholowych ogół lekceważy to zagadnienie, nie zna i znać nie chce prawdy o tem, jak zgubne bywają skutki zamiłowania do kieliszka dla pijących, dla życia rodzinnego i dla życia zbiorowego. Zazwyczaj myśli się tylko o zdrowiu ciała, które atoli daje sobie dość szybko radę z przykremi następstwami używania napojów alkoholowych. Natomiast mało baczy się na to, że alkohol częściej używany, osłabia wolę ludzką; jak każde uleganie zachciankom, pozbawia alkohol pijącego niepostrzeżenie tego stopnia doskonałości, jaki już zdobył w walce z swemi skłonnościami i zachciankami. Znane zaś są przykre tragedje rodzinne zachodzące niestety we wszystkich stanach i zawodach, a wynikające na tle wzrastającego stopniowo i nieomal nieustannie nałogu alkoholowego.

To też czas wielki prawdzie zajrzeć w oczy, aby sprostać trudnościom obecnego przesilenia gospodarczego. Inaczej coraz

częstsze będą objawy oddawania się w niewolę kapitału obcego, zazwyczaj żydowskiego. Taka już jest nieubłagana logika życia, że trzeźwi biorą górę nad zwolennikami beztroskiego wypróżniania kieliszków.

Dobrze się stało, że Tydzień Propagandy Trzeźwości przypomina społeczeństwu doniosłe znaczenie sprawy trzeźwości przez hasło: Przez trzeźwość do odbudowy gospodarczej.

* *
*

Na pierwszy rzut oka wydają się mieć słuszność ci, którzy twierdzą, że wystarczy pozamykać knajpy jakiejkolwiek nazwy. Bywają znowu inni którzy zaprzeczają celowości i wartości jakichkolwiek ograniczeń i zakazów i wierzą niezłomnie w to, że trzeźwość zapanuje, skoro szkoła pouczy należycie młode pokolenie o szkodliwości alkoholu. Inni zachwalają gospody bezalkoholowe i napoje zastępcze, sport i wycieczki, kasy oszczędnościowe i czytelnie ludowe jako niezawodne lekarstwo na obecne groźne stosunki. Skoro się zważy, że nawet obecnie, mimo biedy, miasta i miasteczka nasze dość licznych dostarczają nam dowodów istnienia pijaństwa, jakże będzie w czasach pomyślniejszych? Trzeba nam zatem zawczasu uświadomić sobie, co prowadzi do celu pożądanego. Otóż podobnie jak na każdej wojnie walczy się różnoraką bronią i metodą, tak i w walce z alkoholizmem trzeba roztropnie i umiejętnie używać wszystkich sposobów wyżej już wymienionych. Niema oczywiście jednego lekarstwa na chorobę społeczną tak zastarzałą i zrośniętą z błędnemi poglądami, fatalnemi zwyczajami towarzyskiemi i urządzeniami życia publicznego. To pewne atoli, że walką jest trudną, i że wobec tego tem konieczniej powinni się łączyć w organizacje ci, którzy chcą ze skutkiem walkę staczać. Jak pojedyńczy szeregowiec nie wygrywa bitwy, tylko armja dzielna z dowództwem należytem, podobnie w walce z alkoholizmem nie można nawet marzyć o zwycięstwie bez organizacyj silnych, licznych i żywotnych. Komu czas na osobistą współpracę nie pozwala, temu dana jest możność należenia do Polskiej Ligi Przeciwalkoholowzj z składką niewielką 6 zł. rocznie; kto zaś ma zamiar czynny wziąć udział w walce, dla tego istnieją: Katolicki Związek Abstynentów, Związek Nauczycieli Abstynentów i Polski Związek Księży Abstynentów. Po bliższe szczegóły należy się zwracać do Składnicy Abstynenckie w Poznaniu, Aleje Marcinkowskiego 26.

Władze szkolne a Tydzień Propagandy Trzeźwości

Na wniosek centralnego wydziału wykonawczego Tygodnia Propagandy Trzeźwości Mininisterstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego reskryptem z dnia 22. 12. ub. r. zarządziło utrzymanie w mocy okólnika wydanego 11 stycznia 1928 r. z okazji poprzedniego Tygodnia Propagandy Trzeźwości, domagającego się:

1) poświęcenia w lutym jednej pogadanki lub lekcji szkolnej lub wykładu wspólnego w szkołach powszechnych, średnich i zawodowych, w seminarjach nauczycielskich i ochroniarskich;
2) zorganizowania wykładu na konferencji z rodzinami w lutym, marcu lub kwietniu;
3) omówienia na konferencjach rejonowych nauczycielskich tematu: Dlaczego i w jaki sposób szkoła powinna walczyć z alkoholizmem?

Znając zrozumienie doniosłości sprawy alkoholizmu w sferach nauczycielskich nie można wątpić, iż reskryptowi ministerjalnemu stanie się zadość we wszystkich klasach szkół wyliczonych. Będzie to dla rozkrzewienia idei trzeźwości w społeczeństwie naszym czyn obywatelski niezmiernie ważny. Znakomitem zaś ułatwieniem w wykonaniu tego zarządzenia władzy szkolnej będzie tym razem specjalny podręcznik dla nauczycielstwa wydany staraniem Związku Nauczycieli Abstynentów p. t. „Szkoła a zagadnienie alkoholizmu". Jest to dzieło podstawowe o 144 str., w cenie 4 zł. Zamawiać należy tylko p. adresem Składnica Abstynencka, Poznań, Aleje Marcinkowskiego 26.

Tytuły prac nadesłanych

Dr. J. Kirschner. Typy budowy ciała u chorych na porażenie postępujące. Odb. z Rocz. Psychjatr. XVII 1932.

Dr. B. Bornstein. O zespołach Katatonicznych w poraż. post. Odb. z Rocz. Psychjatr. XVII 1932.

Doc. Dr. E. Artwiński i Dr. A. Gradziński. O leczeniu por. post. Warszawa. Dom Książki Polskiej, Plac 3 ch Krzyży.

Casimiro Frank. Il processo fine della Coscienza. Roma, Tipografia „La Pressa" 1931.

Trigant Burrow. M. D. Ph. D. The Structure of Insanity, London, Kegan P. 1932.